

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A FUNCIONALIDADE E A SINTOMATOLOGIA  
DEPRESSIVA NOS ADULTOS MAIS VELHOS  
INTEGRADOS NA COMUNIDADE**

**Bárbara Sofia Margarido da Cunha Nogueira de Oliveira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2014**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A FUNCIONALIDADE E A SINTOMATOLOGIA  
DEPRESSIVA NOS ADULTOS MAIS VELHOS  
INTEGRADOS NA COMUNIDADE**

**Bárbara Sofia Margarido da Cunha Nogueira de Oliveira**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2014**

*“Há uma idade na vida em que os anos passam  
demasiado depressa e os dias são uma eternidade”*

*VirginiaWolf*

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, orientadora deste trabalho, pelo apoio, compreensão, empenho e ajuda em tudo o que lhe solicitei, sem o qual este trabalho não poderia ser realizado.

À Universidade Sénior de Santarém e a todos os participantes do estudo que se mostraram tão disponíveis para colaborar na realização deste trabalho.

Aos meus avós, que foram a minha fonte de inspiração.

À minha família (Avô Abílio, Avó Lurdes Mãe, Pai, Tia Dulce e Tia Carla, Xavier, João e Joana), a quem devo a oportunidade desta caminhada, obrigada pelo apoio, obrigada por acreditarem nas minhas capacidades e terem tornado possível este meu sonho.

Aos meus amigos (Francisco Corte-Real, Inês Santos, Raquel Santos, Joana Nunes, Marta Querub, Inês Henriques, Natasha Carvalho, Jorge Becho, Evano Bicho e Maria Cotrim), pelo apoio, motivação e pelos desabafos. Obrigada por estarem sempre do meu lado e me aceitarem da forma como sou.

A ti, por estares presente nos bons e nos maus momentos, pela compreensão e paciência durante este processo.

Ao João, à Rita e à Nádia pela autêntica amizade, ao longo de 5 anos obrigada por estarem sempre presentes nas dificuldades mas também nas alegrias e vitórias.

A todos os amigos que se disponibilizaram para pedir a colaboração de um familiar.

Ao meu cão Ali, por ter estado incondicionalmente junto a mim, durante as horas de trabalho, sendo uma companhia incomparável.

**Resumo:**

O presente trabalho foca-se no estudo da relação entre a funcionalidade no envelhecimento e os índices de depressão, em adultos mais velhos, com 65 ou mais anos, integrados na comunidade. Tem como objectivos: analisar a sintomatologia depressiva nos idosos (1); a funcionalidade (autonomia física e autonomia instrumental) (2); bem como à relação entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade (3); procura-se ainda verificar as diferenças de género, em ambas as variáveis referidas anteriormente (4). Foram utilizados 3 instrumentos: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos- *Center for epidemiologic studies- Depression* (CES-D) traduzida e adaptada em Portugal por Gonçalves e Fagulha (2006); o Método de Avaliação Biopsicossocial – MAB, construído por Maria Amália Botelho (Botelho, 2000) e um Questionário Sociodemográfico, construído para a recolha de dados sociodemográficos e psicossociais. Participaram neste estudo 41 indivíduos, masculinos e femininos, com idade superior a 65 anos. Os resultados permitiram verificar que: (1) Não existem correlações significativas entre a funcionalidade (autonomia física e autonomia instrumental) e a depressão nos adultos mais velhos; (2) À medida que os indivíduos envelhecem não se observa menor funcionalidade, mas verificam-se níveis mais elevados de depressão; (3) Não se encontram diferenças entre níveis de funcionalidade (autonomia física e instrumental) e depressão experienciados nos homens e nas mulheres; (4) O índice de depressão está correlacionado com algumas variáveis, tais como: Relação com familiares – qualidade; Satisfação com o agregado familiar; Classificação do estado de saúde actual e Actividade física durante a semana. Os resultados são discutidos com base na literatura existente. São referidas as limitações do estudo e também propostas para futuras linhas de investigação.

**Palavras-chaves:** Idosos; Envelhecimento; Sintomatologia Depressiva; Funcionalidade; Autonomia Física; Autonomia Instrumental.

**Abstract:**

The present research focuses on the study of the relation between functionality and depression in 65 years old adults, integrated in the community. The aims of this study are: to analyze symptoms of depression in older adults (1); to analyze their functionality (physical autonomy and instrumental autonomy) (2); to understand the relation between symptoms of depression and functionality (3); to explore the differences in the variables mentioned (4). For this investigation 3 different instruments were used: *Center for epidemiologic studies- Depression* (CES-D) translated and adapted in Portugal by Gonçalves and Fagulha (2006); the bio-psycho-social assessment method – MAB created by Maria Amália Botelho (Botelho, 2000); and a socio-demographic questionnaire, to gather socio-demographic and psychosocial data. 41 subjects, over 65 years of age and male and female participated in this study, results revealed that: (1) there weren't significant correlations between functionality (physical and instrumental autonomy) and depression in older adults; (2) there wasn't any declines in functionality caused by the aging process; (3) there weren't differences between men and women in what concerned – functionality levels (physical and instrumental autonomy) and depression; (4) depression indices were correlated with other variables, such as: The quality of familiar relations; satisfaction with the household; assessment of the current health state; and weekly physical activity. These results are discussed in the light of the existing literature. Study limitations and suggestions for further investigations are presented.

**Key-words:** Elderly; Aging Depressive Symptoms; Functionality; Physical Autonomy; Instrumental Autonomy.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 1  |
| Capítulo 1. Contextualização Teórica.....  | 3  |
| 1.1- Envelhecimento .....  | 3  |
| 1.2- Envelhecimento bem sucedido .....   | 6  |
| 1.3- Actividade física e o envelhecimento activo .....   | 9  |
| 1.4- A Funcionalidade.....   | 10 |
| 1.5- A Depressão .....   | 13 |
| Capítulo 2. Objectivos e Hipóteses.....  | 18 |
| Capítulo 3. Metodologia.....   | 20 |
| 3.1- Participantes.....  | 20 |
| 3.2- Instrumentos.....   | 22 |
| 3.2.1- Questionário sociodemográfico.....  | 22 |
| 3.2.2- Método de Avaliação Biopsicossocial – MAB (Botelho, 2000).....  | 22 |
| 3.2.3- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos- <i>Center for epidemiologic studies- Depression</i> (CES-D) ..... | 23 |
| 3.3 – Procedimento.....  | 24 |
| 3.4 – Procedimento Estatístico.....  | 25 |
| Capítulo 4. Resultados .....   | 26 |
| 4.1- Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total.....   | 26 |
| 4.1.1- Caracterização da sintomatologia depressiva em função da idade .....  | 27 |
| 4.1.2- Caracterização da sintomatologia depressiva em função do sexo .....   | 27 |
| 4.2- Caracterização da funcionalidade (autonomia instrumental e autonomia física) na amostra total.....                            | 28 |
| 4.2.1- Caracterização da autonomia instrumental em função da idade.....  | 29 |
| 4.2.3- Caracterização da autonomia física em função da idade .....   | 30 |
| 4.3- Caracterização dos grupos de Funcionalidade em relação à sintomatologia depressiva.....                                       | 31 |

|  |    |
|--|----|
| 4.4- Resultados das correlações entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade em adultos mais velhos, com 65 ou mais anos, integrados na comunidade. ....   | 31 |
| Capítulo 5. Discussão dos resultados.....  | 35 |
| 5.1. Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra.....   | 35 |
| 5.2. Caracterização da Funcionalidade (Autonomia Física e Autonomia Instrumental) na amostra .....   | 37 |
| 5.3. Análise da relação entre os índices de depressão e a funcionalidade (Autonomia Física e Autonomia Instrumental) no envelhecimento. ....   | 38 |
| 5.4. Análise da relação da sintomatologia depressiva com algumas variáveis socio-demográficas (Exercício físico, Classificação do estado de saúde, Relações familiares-qualidade e Satisfação com o agregado familiar). .... | 39 |
| Capítulo 6. Conclusão .....  | 42 |
| Referências Bibliográficas .....   | 44 |
| Anexos.....  | 48 |
| Anexo 1: Questionário Sociodemográfico.....  | 49 |
| Anexo 2: CES-D .....   | 55 |
| Anexo 3: MAB- Ambulatório .....  | 58 |
| Anexo 4: Consentimento Informado .....   | 60 |



## Índice de quadros

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1.</b> Características Sociodemográficas da amostra (frequências e percentagens) .....   | 25 |
| <b>Quadro 2.</b> Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total.....   | 30 |
| <b>Quadro 3.</b> Caracterização da sintomatologia depressiva em função da idade.....   | 31 |
| <b>Quadro 4.</b> Caracterização da sintomatologia depressiva em função do sexo.....  | 31 |
| <b>Quadro 5.</b> Teste de Mann-Whitney da autonomia instrumental em função da idade.<br>.....  | 33 |
| <b>Quadro 6.</b> Teste de Mann-Whitney da autonomia instrumental em função do sexo. ....   | 33 |
| <b>Quadro 7.</b> Teste de Mann-Whitney da autonomia física em função da idade.....   | 34 |
| <b>Quadro 8.</b> Caracterização da autonomia física em função do sexo.....   | 34 |
| <b>Quadro 9.</b> Caracterização dos grupos de funcionalidade em relação à sintomatologia depressiva.....   | 35 |
| <b>Quadro 10.</b> Análise das correlações entre a sintomatologia depressiva, a autonomia instrumental, a autonomia física, a funcionalidade total, as relações familiares-qualidade, satisfação com o agregado familiar, classificação do estado de saúde actual e a actividade física durante a semana..... | 36 |
| <b>Quadro 11.</b> Caracterização de variáveis do instrumento MAB.....  | 37 |

## Índice de Figuras

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total..... | 25 |
| <b>Figura 2.</b> Frequências de autonomia instrumental na amostra total.....       | 30 |
| <b>Figura 3.</b> Frequências de autonomia física na amostra total .....            | 31 |

## **Introdução**

Segundo os Censos de 2011, a base da pirâmide etária em Portugal, que corresponde à população jovem, diminuiu, e o topo alargou-se, com o crescimento da população idosa. O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer, de forma generalizada, em todo o território.

Os gerontólogos defendem que a velhice vive-se primeiro que tudo no corpo, com o aparecimento dos cabelos brancos, as rugas, as dificuldades de visão e audição, a lentidão dos reflexos, entre outras (Duarte Silva, 2005). Assim, o processo de envelhecimento, ao longo da velhice, coloca, a todos, desafios, que lhe são inerentes, e que envolvem aspectos físicos, psicológicos e sociais, em complexas interações, cuja compreensão implica, necessariamente, uma abordagem multidisciplinar e multidimensional (Duarte Silva, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009).

O tema proposto para este estudo insere-se no âmbito da investigação sobre o processo de envelhecimento. O trabalho apresentado enquadra-se numa perspectiva teórica de envelhecimento bem-sucedido, reforçando a relevância do exercício físico e do envelhecimento activo, mas em específico, foca-se no estudo da relação entre a funcionalidade e os índices de depressão, em adultos mais velhos, com 65 ou mais anos, integrados na comunidade, verificando as diferenças de género. Este estudo pretende assim ser um contributo para a evolução do conhecimento nesta área, tomando como ponto de referência o campo de literatura científica neste campo de conhecimento.

A escolha do tema deve-se ao facto de a literatura científica demonstrar o quão importante é realizar uma avaliação multidimensional nos adultos mais velhos, mais concretamente no que toca à funcionalidade (autonomia instrumental e física), particularmente envolvida na satisfação autónoma das actividades de vida diária e das actividades instrumentais. Por outro lado, a dimensão da população envelhecida, do nosso país, justifica o interesse por estudos neste âmbito. Associado à funcionalidade podem ser referidas outras variáveis que poderão comprometê-la, favorecendo a dependência funcional, nomeadamente a depressão. Assim, o presente trabalho pretende contribuir para um melhor entendimento sobre o processo de envelhecimento, procurando identificar, mais especificamente, alguns aspectos que também possam ser determinantes para a compreensão da sintomatologia depressiva nesta fase do ciclo de vida.

O presente estudo encontra-se organizado de acordo com as seguintes secções: o primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico relativo a uma perspetiva geral do

envelhecimento, Envelhecimento bem sucedido, Actividade Física, Funcionalidade e Depressão; no segundo capítulo, delineiam-se os objetivos e as hipóteses; no terceiro capítulo, procede-se à descrição da metodologia, onde será realizada a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos de análise; no quarto capítulo, serão apresentados os resultados obtidos; no quinto capítulo, discutem-se os resultados; e, por fim, no sexto capítulo, expõem-se as conclusões finais do trabalho.

## **Capítulo 1. Contextualização Teórica**

### **1.1- Envelhecimento**

A partir dos anos 80, o envelhecimento demográfico tornou-se um fenómeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, em especial nos mais industrializados (Powell, 2010). As investigações relativas ao envelhecimento assumem-se assim como bastante pertinentes.

De facto, durante a segunda metade do século XX, muitos países da União Europeia padeceram de um envelhecimento populacional, devido a um declínio na fertilidade e a um aumento da esperança média de vida. (Duarte-Silva et al. , 2012).

Actualmente o envelhecimento populacional não só é exponenciado pelo aumento da esperança média de vida, permitindo-se alcançar idades mais avançadas (Kalache, 1996, Kinsella 1996, citado por Botelho, 2000), como ao mesmo tempo é de destacar a existência de dados que demonstram que a morbilidade se acentua nos últimos anos de vida. Contudo, a esperança de vida sem deficiência e com saúde está também a crescer, aos poucos, na maioria dos países, pelo menos naqueles com maior esperança de vida e menor incidência de dependências graves (Ballesteros, 2009).

Segundo o INE (2011), os censos de 2011 demonstraram, claramente, a existência do envelhecimento da população portuguesa. Entre 2001 e 2011 verificou-se um aumento da população idosa em cerca de 19,4%. Espera-se que a tendência para o envelhecimento demográfico, resultado da redução da percentagem de população jovem e do aumento da proporção de população idosa, se mantenha, sendo expectável o aumento do índice de envelhecimento demográfico.

Estes factos têm implicações importantes do ponto de vista dos cuidados médicos e de saúde assim como de índole social, política e económica, uma vez que este grupo etário apresenta problemas próprios no que diz respeito a mortalidade, morbilidade, funcionalidade e necessidade de cuidados médico-sociais (Ebrahim 1996, citado por Botelho, 2000).

Santos (2000) refere, tendo em conta a perspectiva de vários autores, que os idosos ocupam cada vez mais um espaço próprio na nossa sociedade, constituindo uma força social aliada ao peso cultural, pela sua sabedoria, e a uma força económica associada ao consumo.

O envelhecimento da população é uma das maiores conquistas da humanidade e, ao mesmo tempo, um grande desafio que leva à reflexão incidente em questões com

relevância crescente, tais como: o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a qualidade de vida dos idosos e o próprio modelo social vigente (INE, 2002). No entanto, as pessoas idosas são geralmente ignoradas como recurso, quando na verdade constituem uma base importante para a estrutura das nossas sociedades (OMS, 2005).

Nos últimos anos, dentro das disciplinas gerontológicas, tem vindo a afirmar-se uma visão mais optimista do envelhecimento, explorada por uma série de investigadores. Existe uma panóplia de diferenças individuais, ou seja, o modo de envelhecer é extraordinariamente flexível (Ballesteros, 2009). Assim, e desde logo, é necessário ter em consideração que não há um padrão desenvolvimental de envelhecimento comum e normativo, qualquer pessoa deve ser analisada e compreendida tendo em consideração modos individuais, idiossincráticos, de ser, de estar e de envelhecer (Fonseca, 2005).

Envelhecer pressupõe alterações, naturais e gradativas, dos aspectos físicos, psicológicos e sociais no indivíduo (Zirmerman, 2000). É um percurso natural de vida em que o indivíduo se vai adaptando ao meio externo, através de estratégias que procuram produzir o bem-estar físico, emocional e social. Para que exista uma adaptação no envelhecimento, segundo Paúl (2005), tem de existir compensação de perdas por recurso a novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas, que reflectem a experiência de vida de cada um.

Ainda, segundo esta autora, o envelhecimento tem três componentes: em primeiro lugar, o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer e a que se chama senescência; em segundo lugar, existe um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário; por fim, o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo para tomar opções e decisões, adaptando-se ao processo de senescência e ao envelhecimento.

Ao longo de todo o desenvolvimento os indivíduos vão envelhecendo, sob vários aspectos e perante diversas situações. Deste modo, ao longo da velhice, colocam-se a todos desafios que lhe são inerentes e que envolvem aspectos físicos, psicológicos e sociais, em complexas interações, cuja compreensão implica, necessariamente, uma abordagem multidisciplinar e multidimensional (Duarte Silva, 2005). Assim, a variedade de possíveis inter-relações entre estes factores explica a diversidade do envelhecimento humano (Botelho, 2000).

Fontaine (2000) sugere duas causas de envelhecimento: as endógenas e as exógenas. As causas endógenas sugerem-nos algumas considerações sobre a genética, que estuda os modos de transmissão de hereditariedade, ou seja, dizendo respeito às causas internas. Enquanto que as causas exógenas estão associadas aos comportamentos dos indivíduos e ao seu meio ambiente, envolvendo o processo de envelhecimento.

Segundo Novo (2000), se partirmos da definição de envelhecimento como um processo progressivo e irreversível da capacidade de adaptação do organismo, podemos definir a velhice normal como um estado em que este processo se observa na ausência de patologias biológicas ou psicológicas. Por outro lado, existe a velhice patológica, caracterizada por doenças crónicas, doenças e síndromes típicos da velhice. Em sentido oposto, podemos falar de velhice óptima, como sendo um estado ideal em que as capacidades psicológicas e físicas permitem uma vida a nível social e pessoal, adaptada e adequada (Novo, 2000).

Sabemos que não fumar, não beber em excesso, levar uma vida equilibrada e saudável são formas de ter um comportamento preventivo da doença. No envelhecimento, os hábitos e a vida que tivemos e temos são mais importantes do que em qualquer outra fase da vida (Ballesteros, 2002).

Como já foi referido, o envelhecimento é um processo diferencial (muito variável de indivíduo para indivíduo) que revela, simultaneamente, dados objectivos (degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, entre outros) e dados subjectivos, que constituem a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000). Tal significa que cada um de nós pode ter, simultaneamente, diversas idades (Fontaine, 2000).

Na realidade, dizemos que uma pessoa é “velha” quando verificamos nela uma série de características, como por exemplo, físicas (rugas), psicológicas (falta de energia) e sociais (conservadorismo). Na maior parte das vezes ouvimos dizer que o “idoso” é senil ou doente. Um primeiro passo para envelhecer, e bem, passa por eliminar as falsas concepções e estereótipos sobre a velhice e o envelhecimento.

No envelhecimento podemos pois falar de vários tipos de idade. A idade biológica, a idade social e a idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000). A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz (Fontaine, 2000). A idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros

membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país (Fontaine, 2000). Por fim, a idade psicológica é relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. Inclui as capacidades mnésicas (memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento (Fontaine, 2000).

Resumindo, atingir a velhice significa que foi possível sobreviver a muitas experiências e adaptar-se a desafios específicos em todas as outras fases da vida (Duarte Silva, 2005). Para entender a velhice é necessário explorar todo o ciclo de vida, na medida em que esta fase da vida depende de todo o percurso anterior (Duarte Silva, 2005). A compreensão do envelhecimento exige, assim, uma abordagem de uma “vida inteira” (Fontaine, 2000), em que um dos focos principais é o estudo das transformações psicológicas durante a vida do indivíduo.

## **1.2- Envelhecimento bem sucedido**

Existe uma ideia do envelhecimento em que a velhice está ligada a uma incapacidade funcional, relacionada com a co-morbilidade, ou seja, há uma visão negativa que relaciona o envelhecimento com a doença. Isto porque o envelhecimento se vive primeiro que tudo no corpo. Manifesta-se no corpo, com uma base fisiológica. E daí, muito provavelmente, o modelo médico ter enfatizado, desde cedo, uma perspectiva mais negativa da velhice, contraposta pelos modelos psicológicos e psico-sociais. É importante, para envelhecer de maneira saudável, melhorar e manter a qualidade de vida, uma vez que ser velho não significa, necessariamente, ser ou estar doente.

Numa perspetiva positiva de curso de vida (*life span*), no envelhecimento com sucesso (Schulz & Heckhausen, 1996), a velhice é entendida como um processo natural do desenvolvimento e variável de pessoa para pessoa, como já foi anteriormente referido. Esta idiossincrasia traduz-se num resultado dinâmico, com características biopsicossociais que, bem desenvolvidas, levam ao envelhecimento bem sucedido (Baltes & Baltes, 1990).

Perante as diversas transformações que ocorreram na sociedade, particularmente o aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento demográfico, pretende-se que os idosos consigam desfrutar de um envelhecimento activo e com qualidade, isto é, que participem activamente na sociedade e que possuam bem-estar físico, mental e social. Neste enquadramento, podemos constatar que o objectivo do envelhecimento activo é melhorar a qualidade de vida dos idosos.



O envelhecimento óptimo ou bem-sucedido está intimamente ligado à reduzida probabilidade da existência de doenças que possam causar a perda de autonomia no idoso. Assim, o envelhecimento activo requer uma pessoa activa num mundo activo. Uma pessoa que envelhece activamente, sendo um agente activo e complexo, está em interacção constante com inúmeros contextos: família, comunidade e sociedade (Fernández-Ballesteros, 2009). Os idosos podem regular a sua vida, definindo objectivos e lutando para os atingir.

Nesta perspectiva, mais recentemente, verificou-se uma alteração no modo de olhar para o envelhecimento, tendo surgido mais visões positivas acerca deste processo. Neste trabalho só se irão referir dois modelos, “A optimização selectiva com compensação”, proposto por Baltes e Baltes (1990) e o “Envelhecimento bem sucedido”, proposto por Rowe e Kahn (1999), que permitem considerar o envelhecimento numa experiência positiva, envolvendo crescimento e desenvolvimento e não apenas declínios, ou seja, o envelhecimento entendido como um processo que dura toda a vida e implica ao mesmo tempo ganhos e perdas (Baltes, 1987).

Baltes e Baltes (1990) consideram o envelhecimento um processo adaptativo e dinâmico, constituído por uma série de adaptações feitas pelos indivíduos, podendo o envelhecimento bem sucedido ser alcançado através do processo de optimização selectiva com compensação [SOC- selecção-optimização e compensação]; o indivíduo selecciona e investe, privilegiadamente, em áreas nas quais se sente competente, de modo a compensar perdas decorrentes do envelhecimento (Duarte Silva, 2005).

A primeira operacionalização deste modelo foi efectuada por Baltes, em 1987, através do recurso à expressão “optimização selectiva com compensação”, que apresentava três características numa constante relação ganho/perda: a primeira característica estava relacionada com a evolução contínua de formas especializadas de adaptação, como um traço geral do desenvolvimento, ao longo do ciclo de vida; a segunda dedicava-se à adaptação das condições do envelhecimento biológico e social, perante as limitações crescentes de plasticidade; e, por último, teriam de existir esforços, selectivos e compensatórios individuais, para lidar com os défices e controlar, de modo eficaz, o envelhecimento (Baltes, 1987 citado por Fonseca, 2005).

Uma formulação mais aperfeiçoada do modelo surge pois com Baltes e Baltes (1990), aplicando o conceito de envelhecimento bem sucedido. Aqui distinguem-se três mecanismos interactivos - selecção, optimização e compensação, que unidos formam o modelo SOC (Fonseca, 2005).

Dentro do modelo referido, a selecção será o processo por meio do qual as pessoas idosas seleccionam objectivos e resultados desejáveis, ou seja, atendendo às inevitáveis perdas e restrições impostas pelo envelhecimento, escolhem e focalizam a sua atenção e recursos em experiências e domínios prioritários de acção, susceptíveis de promoverem satisfação e sentido de controlo pessoal (Fonseca, 2005). A optimização refere-se aos meios pelos quais a pessoa controla as suas decisões de envolvimento em acções, que lhe permitem alcançar objectivos desejados, enriquecendo e maximizando os percursos de vida seleccionados (Fonseca, 2005). Por último, a compensação envolve o uso de recursos internos e externos que auxiliem o indivíduo a atingir os seus objectivos (Fonseca, 2005).

O modelo SOC tem sido considerado um sistema motivacional, dentro da perspectiva do curso de vida, que procura que o indivíduo alcance um nível mais alto de funcionamento (Ballesteros 2009), constituindo-se como uma estratégia psicológica de gestão da vida interna e externa, orientada para a preservação dos ganhos e reparação das perdas (Baltes e Baltes, 1990; Fonseca, 2005). Este é também susceptível de ser aplicado a uma larga variedade de dimensões do funcionamento humano e a contextos culturais diferenciados (Fonseca, 2005).

Resumindo, o modelo SOC indica que um processo adaptativo, bem-sucedido e com efeitos desenvolvimentais positivos, consiste na obtenção de um resultado em que se conjuguem uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas, através do recurso a processos de selecção, optimização e compensação.

Claramente este modelo tem na sua génese uma noção básica a realçar: o desenvolvimento ocorre através de interações permanentes entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, entre um indivíduo com determinadas predisposições e características e um ambiente com determinadas especificidades (Fonseca, 2005). Ou seja, nunca se pode excluir qualquer tipo de influência dos factores que possam estar ligados ao indivíduo, directa ou indirectamente.

Reforçando este aspecto, Baltes e Baltes (1990) consideram que existem limites impostos pela idade para a adaptação e para a plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo das perdas, com o avançar da idade, e uma consequente diminuição dos ganhos.

Relativamente ao modelo de envelhecimento positivo de Rowe e Kahn (1997), a velhice é satisfatória, bem sucedida, competente e activa, quando não está associada a

doença e dependência mas sim a um alto funcionamento cognitivo, físico e funcional, e a um alto compromisso com a vida e com a sociedade (Rowe e Kahn, 1997).

O primeiro componente do modelo de Rowe e Kahn está relacionado com a baixa probabilidade de ocorrência de incapacidade, a que se refere um estado de saúde óptima, identificada não só com a ausência de doença mas também com a inexistência de factores de risco associados à doença, como por exemplo, fumar; o segundo está associado a um alto funcionamento cognitivo e físico, a manutenção de um estado óptimo de saúde física e mental representa um requisito essencial para a independência e para o desenrolar das actividades diárias; por último, temos o compromisso com a vida e com a sociedade (manutenção de uma vida activa a nível social), o que, para estes autores, representa o terceiro componente para o envelhecimento com êxito. Assim, segundo Ballesteros (2009), a velhice activa é uma velhice saudável que permite um compromisso contínuo com a vida.

Podemos ainda enfatizar este olhar positivo do envelhecimento com a definição de envelhecimento activo da OMS, que se refere ao processo de “optimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2012).

Qualquer programa que queira incrementar o envelhecimento activo deverá pois prevenir a doença e a dependência, possivelmente associada, optimizando o funcionamento psicológico e físico, e maximizando o compromisso com a vida, o que implica uma participação social activa, ou seja, viver com vitalidade, nesta concepção multidimensional do envelhecimento (Balesteros-2009).

### **1.3- Actividade física e o envelhecimento activo**

Como observado por Fries (1989) e outros autores, repetidamente, existe uma grande margem de modificabilidade do ser humano, ao longo de toda a vida e também na velhice, que permite predizer que se pode envelhecer bem, mediante a prevenção da doença e a promoção da saúde, através da aprendizagem de estilos de vida saudáveis. Assim sendo, e com suporte em várias investigações, pode deduzir-se que existem uma série de manifestações patológicas, frequentes na velhice, passíveis de modificação por meios adequados, com incidência em comportamentos e hábitos saudáveis.

É reconhecida a importância que os factores ambientais exercem sobre os processos de envelhecimento, assim como as doenças que vêm associadas ao mesmo. Concretamente, é possível evidenciar os factores que estão relacionados com a

actividade física. Existem, cada vez mais, evidências de que há uma relação entre a actividade física (regular) e um envelhecimento competente e activo. Os benefícios da actividade física são referidos pela Organização Mundial de Saúde (1997): ao nível fisiológico, esta promove uma maior rapidez nos movimentos; a nível psicológico, ajuda a acalmar e ao relaxamento; a nível social, melhora a imagem social da velhice. Logo pode concluir-se que a actividade física, a saúde e a qualidade de vida são conceitos que se encontram estritamente relacionados.

A actividade física surge como um meio de modificar os hábitos de vida do idoso, ao promover o atraso do aparecimento de doenças crónicas e simultaneamente promover uma funcionalidade inerente à capacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia (Benedetti *et al.*, 2007). Assim, manter uma vida activa é essencial para um envelhecimento saudável e activo. Cantera (2004) destaca ainda que o exercício físico é a medida preventiva mais importante que se pode realizar com pessoas idosas. A actividade física, diminuindo a probabilidade da perda de capacidade funcional, quer física quer mental, pode contribuir para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, a perda de autonomia e independência, que representam uma das principais causas de degradação de vida do idoso (Vanfraechem, 2005). Em suma, “*a atividade física é uma forma sadia, confortável e divertida de viver a última fase da vida*” Fernandes (2010).

Por outro lado, baixos níveis de actividade física estão associados a um incremento do risco de problemas de saúde, como por exemplo, doenças cardiovasculares (Faria, 2001). Segundo alguns autores, a actividade física, quando regular e bem planeada, pode até ser considerada como uma elevada contribuição para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima, estimulação para o exercício das funções cognitivas, atenuando um quadro depressivo e a probabilidade de recaída.

No entanto, algumas experiências constantes de fragilidade e vulnerabilidade físicas podem corresponder a uma falha no sucesso do envelhecimento, concebido na óptica do envolvimento com a comunidade, na produtividade e na prática do envelhecimento activo.

#### **1.4- A Funcionalidade**

Segundo Baltes (1996), as pessoas com um envelhecimento bem-sucedido adaptaram-se aos desafios relacionados com o avanço da idade. O autor considera que

os indivíduos são responsáveis pelo sucesso do seu próprio envelhecimento, na medida em que faz parte da natureza humana estabelecer objetivos, e o sucesso representa que foi possível atingi-los. Existem, no entanto, fragilidades, maioritariamente associadas a idades muito avançadas, com a presença comum de doenças crónicas e manifestações frequentes de perturbações da funcionalidade (Santos, 2000).

Na realidade, com o avançar da idade, surge um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda da funcionalidade, que poderão, possivelmente, conduzir à dependência funcional de terceiros (Botelho, 2007; Ramos, 2003). Quando um idoso se sente dependente de alguém, pode sentir-se frágil e lutar para manter a imagem de ser forte, pode reviver angústias antigas, sentir-se rodeado de pessoas amorosas, ou sentir-se sozinho. Para que o envelhecimento seja uma experiência bem sucedida, há que promover a autonomia e independência (Botelho, 2000).

Segundo Botelho e Rendas (1997), a capacidade funcional é concebida como o conjunto de actividades diárias, englobando tarefas relacionadas com cuidados pessoais e tarefas de adaptação ao meio ambiente, integradas, respectivamente, nas designações de autonomia física e de autonomia instrumental. A perturbação do exercício destas autonomias representa uma consequência de determinadas situações patológicas.

A capacidade funcional, relacionada com a autonomia na execução de tarefas do dia-a-dia, deverá ser avaliada numa perspectiva multidimensional, que possa abarcar uma compreensão holística das reais capacidades do indivíduo, sendo o seu principal objectivo o de estabelecer o grau de funcionalidade dos indivíduos. Assim, pretende-se identificar as perturbações funcionais a vários níveis: físicos, mentais e sociais, para que se possa recuperar a capacidade funcional (quando perturbada) e conservá-la.

A autonomia pode ser definida como um “estado de vontade que obedece apenas a regras que dela provêm. Condição de pessoa ou colectividade que a si mesma impõe a lei a que obedece” (Lobo, 1989, cit. por Santos, 2000). Podemos assim afirmar que, de um modo geral, a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma (Santos, 2000).

A autonomia física e instrumental é a base/forma de avaliar a capacidade funcional. Ao conjunto das actividades básicas diárias, como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e alimentar-se, é dada a designação internacional de *Activities of Daily Living- ADL*, sendo utilizadas, a nível

nacional, as expressões: Actividades da Vida Diária- AVD e autonomia física. As seis tarefas, previamente, mencionadas, fazem parte da escala desenvolvida por Katz, que é uma das mais antigas e utilizadas escalas de medição de autonomia física (Katz et al. 1963).

Como complemento de informação sobre actividades diárias existem escalas de avaliação de autonomia instrumental, que incluem tarefas relacionadas com a integração dos indivíduos no meio ambiente. Incidem, habitualmente, sobre a capacidade de utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e efectuar algumas tarefas domésticas. A primeira destas escalas foi desenvolvida e validada por Lawton e Brody (Lawton e Brody 1969). Estes autores, por pretenderem que as actividades avaliadas fossem relacionáveis com níveis anteriores e adequados de competência, recomendaram que os homens não fossem avaliados sobre as tarefas domésticas.

Segundo Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stahelin (2006), os recursos físicos são óptimos preditores da autonomia física, enquanto que os recursos psicológicos são os que melhor predizem a autonomia instrumental. As actividades instrumentais revelam-se assim mais complexas e determinadas culturalmente do que as actividades básicas do dia-a-dia.

O ideal seria o idoso viver, fundamentalmente e ou tanto quanto possível, de forma autónoma. A capacidade funcional deverá então ser relacionada com factores intrínsecos ao indivíduo, mas também extrínsecos, de natureza social, económica e ambiental (Botelho, 2000).

A autonomia funcional deve ser medida com um instrumento apropriado, fiável e válido. O método mais comumente utilizado neste tipo de avaliação é a entrevista, mediante a aplicação de um inquérito, em que as perguntas, estruturadas e pré-codificadas, são feitas por entrevistadores treinados (Fillenbaum, 1986).

Botelho desenvolveu o instrumento “O Método de Avaliação Biopsicossocial” que avalia o idoso nas dimensões biológica, psicológica e social, em que a avaliação da autonomia funcional dos indivíduos resulta da avaliação das autonomias física e instrumental, ou seja, uma compilação, numa só escala, das tarefas de autonomia, cujo desempenho não depende marcadamente do sexo do idoso. A autora classifica os indivíduos como Independentes (Independente e Autónomo) e Dependentes (Incapaz e Dependente) (Botelho, 2000). O idoso é *incapaz* se necessita indispensavelmente de terceiros e nunca colabora; é *dependente* se necessita indispensavelmente de terceiros,

para substituição funcional, na qual colabora; é *autónomo* se necessita indispensavelmente de meios de apoio ou ocasionalmente de terceiros, sendo neste caso colaborante; por fim, o idoso é *independente* se não necessita de pessoas e/ou meios para substituição funcional (Botelho, 2000).

Alguns estudos apontam para uma sequência hierárquica nos dois tipos de autonomia funcional, em que o compromisso de tarefas de cuidados pessoais sucederia ao das tarefas mais complexas da autonomia instrumental (Spector et al. 1987).

Para que uma avaliação de saúde e bem-estar seja válida deve apresentar certas características, tais como: poder ser claramente definida e avaliada; ser universalmente aplicável, de uso prático no reconhecimento das pessoas em risco e das medidas de intervenção adequadas; deve ainda tornar possível a tomada de decisões e a eficácia de intervenções. Por tudo isto uma avaliação dos idosos deve contemplar a capacidade funcional.

### **1.5- A Depressão**

Um quadro clínico típico de depressão denota-se quando o paciente se mostra muito triste e em tensão, vivendo a vida como uma experiência desagradável. A sua auto-estima está desinvestida, a sua auto-confiança danificada. Na generalidade, a depressão constitui o que uma pessoa vivencia em resposta a uma perda – ou a uma mudança – e que ameaça afectar a estrutura do mundo interno. (Coelho, R. 2004).

Segundo Solomom e Davis (1995), citado por Santos (2000), as perdas suscitam, nas pessoas idosas, depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso. Os idosos são confrontados, muitas vezes, com perdas, por vezes súbitas, do seu estilo de vida, e nem sempre têm o tempo necessário para se adaptarem a todas estas alterações (Santos, 2000). No entanto, segundo Blatt (2004), as relações interpessoais positivas e competências pessoais parecem protegê-los do desenvolvimento de uma depressão.

A depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde importante que afecta pessoas, de todas as idades, levando a sentimentos de grande tristeza e isolamento social. Contudo, é nas idades mais avançadas que ela atinge índices mais elevados de morbilidade, eventualmente aumentando a mortalidade, na medida em que assume formas mais incomuns, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar.

É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem a melancolia e a tristeza à idade avançada, resultado de perdas

afectivas, económicas, sociais e de doenças crónicas, não valorizando, assim, as suas queixas (Simões, 1996).

Desta forma, a depressão na terceira idade tem graves consequências, tais como: o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivo, o aumento do custo dos cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade (Spar & La Rue 2005).

Na perspectiva de Blazer (1992), a depressão pode ser analisada segundo, pelo menos, três ópticas diferentes. Pode ser encarada como um fenómeno unitário, variável em termos de intensidade, onde as suas manifestações formam um continuum entre extremos, que podem ser “aguda e crónica” e “ligeira e severa”. Noutra abordagem, pode ser referenciada de um modo muito mais categórico, que vai de encontro com o modelo médico tradicional, onde os distúrbios afectivos são considerados como um grupo de entidades distintas ou síndromes independentes, em que cada uma das categorias é exclusiva relativamente às outras. Numa terceira abordagem, pode ainda ser encarada numa dimensão funcional na qual, quando a função está prejudicada, o desempenho de papéis de responsabilidade deixa de ser possível e os sintomas depressivos assumem então uma conotação de maior severidade.

Do ponto de vista etiológico, a relação conceptual entre a depressão e o envelhecimento pode ser objecto de duas abordagens complementares. A primeira entende a depressão como resultado de alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais, determinadas pelo envelhecimento, sendo neste caso uma variável dependente do envelhecimento. A segunda abordagem compreende a depressão como um factor que despoleta alterações nestas áreas, modificando a qualidade de vida do idoso, determinando a morbilidade e afectando o seu prognóstico de vida, devendo assim ser entendida como variável independente (Marques & Firmino, 2003). Desta forma, os sujeitos com sintomas depressivos experimentam menor funcionamento físico e social do que sujeitos sem os mesmos sintomas (Blazer, 1993).

Blazer distinguiu as possíveis origens da depressão numa idade mais avançada, baseando-se nos estudos de outros autores e no seu entendimento sobre os mesmos.

Começando pela origem biológica, Hayflick (1965), citado por Blazer (1993), reportou que as células humanas, quando cultivadas num meio óptimo, sofrem um número finito de divisões celulares e posteriormente morrem. Isto preconiza, segundo Blazer (1993), que os mecanismos intrínsecos de cada célula programam a mesma para deixar de funcionar num prazo finito. Esta descoberta de morte celular, aplicada às



células indivisíveis do sistema nervoso central, é ainda uma incógnita. No entanto, a perda celular e a acumulação de produtos tóxicos celulares, com o envelhecimento, pode levar a um desempenho anormal das células, em áreas críticas no SNC (Sistema Nervoso Central), contribuindo assim para um funcionamento degenerativo e, possivelmente, para o desenvolvimento de depressão.

No que toca à origem ao nível psicológico, Blazer (1993) defende que a persistência de determinados padrões de comportamento humano (tais como, conflitos por resolver) irá expressar-se nos sintomas depressivos nas idades mais avançadas. Quando as pessoas mais velhas experienciam uma diminuição da saúde, com perda de suporte emocional, os afectos que irão predominar serão a ansiedade e o desespero. Hoje em dia, a maioria dos investigadores, segundo o mesmo autor, concordam com a ideia de que as alterações específicas da idade, a nível intra-psíquico e psico-social, ocorrem ao longo da vida, e que a inadaptabilidade de uma pessoa a estes desafios contribui definitivamente para os sintomas, etiologia e resultado de depressão numa idade mais avançada (Blazer, 1993).

Por fim, no que toca à origem do ponto de vista social: em primeiro lugar, Post, (1968), e Slater e Roth (1969), citados por Blazer (1993), referem que os stressores sociais são seguidos de episódios depressivos; num segundo ponto, pessoas com quadros depressivos, em idades mais avançadas, têm menor probabilidade de apresentar um historial familiar de desordem de comportamento, sugerindo que as alterações neuropatológicas, associadas à idade, bem como os factores sociais, predominam como causas (Chessea, 1965; Hopkinson, 1954). Os idosos encaram pressões sociais e económicas secundadas pelas transições experienciadas com o envelhecimento (como por exemplo, a diminuição de rendimentos aliada a uma saúde física diminuída), o que os coloca em risco de depressão (Bengtson & Haber, 1975; Palmore, 1969); por último, os idosos podem padecer de uma maior susceptibilidade aos efeitos adversos do stress social (Caudill, 1958; Lazarus, 1966).

As interações das alterações neurológicas, derivadas do envelhecimento, juntamente com os factores psicológicos e sociais mesclam-se numa rede complexa que contribui, indubitavelmente, para o aparecimento de depressão nos idosos.

Blazer (2002) apresenta uma revisão de literatura sobre as origens psicodinâmicas da depressão na idade adulta avançada. O autor aponta, em primeiro lugar, o postulado central, comum a todas as teorias psicodinâmicas, que explicam a origem da depressão: existe uma continuidade dos processos mentais da infância, ao

longo de todo o ciclo de vida, sendo que os conflitos afetivos, que ficaram por resolver, acabarão por reemergir, mais tarde, no decorrer do ciclo de vida.

Beck (1967), citado por Blazer (1993), categorizou os sintomas depressivos em: emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Serão referidos alguns sintomas destas várias categorias. Os sintomas emocionais são caracterizados pela diminuição da satisfação com a vida, perda de interesse, irritabilidade, vazio; os sintomas cognitivos representam-se por baixa auto-estima, pessimismo, criticismo, pensamentos suicidas; e os sintomas físicos expressam-se na perda de apetite, fadiga, perturbações de sono, inquietação, entre outros; os motivacionais estão relacionados com a perda de motivação.

O aparecimento de estados depressivos pode então aparecer devido à diminuição de alguns factores, tais como a perda do suporte socio-familiar, perda do estatuto profissional e económico, algum declínio físico e consequente aumento da frequência de doenças.

Segundo Gouveia (1990), depois de diversos estudos epidemiológicos, relativos à depressão, os resultados apontam para uma prevalência dos sintomas depressivos que se situa entre 9 a 20 por cento da população em geral, sendo o risco de desenvolver um quadro depressivo mais frequente nas mulheres (8 em 12 casos).

Pode ainda referir-se, como já apresentado anteriormente e segundo vários autores, que a atividade física, quando regular e bem planeada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima e implementação das funções cognitivas, com o possível fim do quadro depressivo.

Tal como refere Barros (1984), as depressões nos idosos são geralmente do tipo funcional, não resultantes de doença degenerativa senil ou cerebrovascular. Segundo Blazer (1993), as desordens depressivas numa idade mais avançada tendem a recorrer, persistir e alterar o curso de vida do paciente ao longo do tempo.

Em conclusão, a depressão no idoso é acompanhada de um quadro clínico típico, ainda que se apresente de formas numerosas, com diversos problemas, motivo pelo qual se torna necessário um aprofundar das suas causas.

As sociedades actuais são sociedades envelhecidas, mas por outro lado são também sociedades onde os indivíduos podem viver mais tempo, devendo-se pois assegurar a qualidade dessa vivência. De um modo geral, envelhecer com sucesso

corresponde à adopção de estratégias de coping adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento (Fonseca, 2005).

Apesar de acompanhar o envelhecimento, a redução da capacidade funcional não deve definir o envelhecimento. Mesmo que o idoso adquira uma relação de dependência, o prestador de cuidados deverá então representar o objecto materno (Charazac, 2004). O cuidador do idoso deve ser a “mãe suficientemente boa” de Winnicott, deve estar disponível, conter e transformar as angústias do idoso, de forma a reduzir a ansiedade, podendo assim o idoso obter uma relação de suporte.

Assim, a falta de autonomia por parte do idoso não deve justificar a exclusão social, que pode levar a estados depressivos. Tal como refere Blazer (2002), segundo a opinião de vários autores, existe um efeito dos fatores externos no desenvolvimento da depressão, na idade adulta avançada. Widgor (1980; citado por Blazer, 2002) aponta o facto de o idoso não encontrar, por vezes, na sociedade, novos papéis sociais para satisfazer as suas necessidades de reconhecimento e preservação da auto-estima. Como consequência pode encarar de forma mais negativa o seu estado de velhice.

Este trabalho pretende pois explorar o equilíbrio entre a saúde mental e a saúde física, observando qual a relação entre a funcionalidade e a depressão nos adultos mais velhos.

## Capítulo 2. Objectivos e Hipóteses

Neste segundo capítulo são apresentados os objectivos e hipóteses que conduziram à realização do presente estudo.

A literatura científica tem demonstrado o quão importante é realizar uma avaliação multidimensional nos adultos mais velhos, mais concretamente no que toca à funcionalidade (autonomia instrumental e física), particularmente envolvida na satisfação autónoma das actividades de vida diária e das actividades instrumentais. Por outro lado, a dimensão da população envelhecida no nosso país justifica o interesse por estudos neste âmbito. Associado à funcionalidade podem ser referidas algumas variáveis que poderão comprometê-la, favorecendo a dependência funcional, como é o caso da depressão.

Constitui objectivo deste estudo investigar, de forma empírica, as relações que se estabelecem entre a funcionalidade e a depressão na velhice, tentando explorar as diferenças de género, em adultos mais velhos integrados na comunidade.

Face ao presente ao objectivo, formularam-se as seguintes hipóteses:

*Objectivo específico 1:* Análise dos índices de depressividade no envelhecimento.

**Hipótese 1a:** Espera-se que os níveis de depressão sejam maiores no sexo feminino;

**Hipótese 1b:** Espera-se níveis mais elevados de depressão na idade mais avançada.

*Objectivo específico 2:* Análise da funcionalidade (Autonomia Instrumental e Autonomia Física) no envelhecimento.

**Hipótese 2a:** Espera-se que os níveis de funcionalidade sejam maiores no sexo masculino;

**Hipótese 2b:** Com a idade avançada espera-se menor funcionalidade.

*Objectivo específico 3:* Análise da relação entre os índices de depressão e a funcionalidade (Autonomia Física e Autonomia Instrumental) no envelhecimento.

**Hipótese 3a:** Uma maior autonomia instrumental associa-se a menor depressão;

**Hipótese 3b:** Uma maior autonomia física associa-se a menor depressão;

**Hipótese 3c:** Uma maior autonomia funcional associa-se a menor depressão.

*Objectivo específico 4:* Análise da relação entre a Depressão e variáveis Sócio-demográficas (Exercício Físico, Classificação do estado de saúde, Relação com os familiares-qualidade e Satisfação com o agregado familiar)

**Hipótese 4a:** Espera-se que a prática de exercício físico esteja relacionada com índices de depressividade mais baixos;

**Hipótese 4b:** Espera-se que uma melhor classificação do estado de saúde esteja associada a índices de depressividade mais baixos;

**Hipótese 4c:** Espera-se que quanto melhor forem as relações familiares (qualidade) menor será o índice de depressividade;

**Hipótese 4d:** Espera-se que quanto mais satisfeitos estiverem os indivíduos com o seu agregado familiar menor será o índice de depressividade.

### **Capítulo 3. Metodologia**

Este capítulo é composto por quatro pontos. No primeiro é realizada a caracterização dos participantes, no segundo faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados no presente estudo e no terceiro e no quarto são abordados, respectivamente, o procedimento geral e os procedimentos estatísticos.

#### **3.1- Participantes**

A amostra deste estudo é constituída por um total de 41 indivíduos integrados na comunidade, sendo 21 participantes do sexo feminino e 20 participantes do sexo masculino, com idade igual ou superior a 65 anos ( $M=68$ ;  $DP=7,4$ ) e sem demência.

Como podemos verificar no quadro 1, a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos dos 65 aos 79 anos de idade. Assim, 28 indivíduos possuem idade dos 65 aos 79 anos e 13 indivíduos têm mais de 80 anos. Relativamente ao estado cívil, existe um maior número de indivíduos que se encontram Casados/União de facto (65.9%). No tipo de profissão, verificamos que a profissão “Qualificada” é a que mais prevalece nesta amostra com 31.7%. No que toca à variável estado social do indivíduo, podemos constatar que 17 indivíduos se encontram no “Insatisfatório”, obtendo a maior percentagem, 41.5%. Em relação ao número de anos que o indivíduo estudou, de “1 a 6 anos” é o que prevalece com maior percentagem nesta amostra, 58,5%.

Podemos verificar neste estudo, a partir da amostra recolhida, que a maior parte dos indivíduos da amostra vive com o conjugue (53.7%) e que a maior parte dos indivíduos se sente satisfeito com isso (82.9%). A maior parte dos indivíduos da amostra tem apoio de familiares (82.9%) e filhos (95.1%). A situação económica que prevalece nesta amostra é a “pouco satisfatória”(56.1%). No entanto, a maior parte dos indivíduos afirma ter actividades centradas na vida familiar (48.8%).

No que toca às relações familiares, a maior parte da amostra considera que as relações familiares são muito frequentes (48.8%) e que são muito satisfatórias (73.2%). A maior parte dos indivíduos da amostra considera ainda que as relações de amizade são frequentes (46.3%) e que são satisfatórias (58.5%).

A maior percentagem de população deste estudo considera a sua saúde idêntica (68.3%) quando comparada com há um ano atrás. No entanto, comparando a saúde com a saúde dos outros, os indivíduos, na maioria, consideram a sua saúde melhor que a dos outros (43.9%).

Podemos verificar ainda neste estudo que a maior parte dos indivíduos vive com outros (78%) em vez de viver só. E que, consequentemente, a maior parte dos indivíduos desta amostra estão menos de 8 horas sozinhos nas 24 horas (80,5%). A maior parte da população da amostra tem confidente (87.8%) e podemos ainda afirmar que a maior parte dos indivíduos se considera como não isolados (56.1%).

Os critérios tidos em consideração para a inclusão na amostra foram pois os seguintes: (1) idade igual ou superior a 65 anos; (2) ausência de demência e (3) residência em meio não institucional. Apresentam-se no Quadro 1 as características sócio-demográficas da amostra em estudo.

**Quadro 1.** Características Sociodemográficas da amostra (frequências e percentagens)

|   | <b>Frequências</b> | <b>Percentagens</b> |
|---|--------------------|---------------------|
| <b>Sexo</b>                               |                    |                     |
| Masculino                                 | 21                 | 51.2                |
| Feminino                                  | 20                 | 48.8                |
| <b>Idade</b>                              |                    |                     |
| 65 a 79 anos                              | 28                 | 68.3                |
| 80 ou mais anos                           | 13                 | 31.7                |
| <b>Estado Civil</b>                       |                    |                     |
| Viúvo/Separado/Solteiro                   | 14                 | 34.1                |
| Casado/União de facto                     | 27                 | 65.9                |
| <b>Tipo de Profissão</b>                  |                    |                     |
| Não qualificado                           | 12                 | 29.3                |
| Qualificado                               | 13                 | 31.7                |
| Intermédio                                | 9                  | 22.0                |
| Especialista                              | 7                  | 17.1                |
| <b>Estado social do Indivíduo</b>         |                    |                     |
| Mau                                       | 4                  | 9.8                 |
| Insatisfatório                            | 17                 | 41.5                |
| Satisfatório                              | 15                 | 36.6                |
| Bom                                       | 4                  | 9.8                 |
| <b>Nº de anos que o Indivíduo estudou</b> |                    |                     |
| 1 a 6 anos                                | 20                 | 58.5                |
| 7 a 12 anos                               | 10                 | 24.4                |
| 13 ou mais anos                           | 7                  | 17.1                |

*N = 41*

## **3.2- Instrumentos**

### **3.2.1- Questionário sociodemográfico**

O Questionário sociodemográfico foi elaborado com o propósito de recolher dados sociodemográficos e psicossociais. Através deste questionário foi possível recolher informação relativamente à idade dos participantes, ao género, à zona de residência, ao agregado familiar, à situação familiar e interpessoal, à situação económica e ocupacional, às crenças religiosas e à percepção do estado de saúde.

### **3.2.2- Método de Avaliação Biopsicossocial – MAB (Botelho, 2000)**

O Método de Avaliação Biopsicossocial é um instrumento que avalia o idoso nas dimensões biológica, psicológica e social e apresenta-se em duas versões - ambulatório (utilizado no estudo) e internamento. Os indivíduos são avaliados em relação às suas reais e actuais capacidades para executar tarefas.

A dimensão biológica é avaliada através dos domínios do sexo, idade, queixas de saúde, índice de massa corporal (IMC), quedas, locomoção, autonomia física e autonomia instrumental. A avaliação da autonomia funcional dos indivíduos resulta das avaliações da autonomia física e da autonomia instrumental. A autora classifica os indivíduos como Independentes (podendo agrupá-los como Independentes e Autónomos) e dependentes (podendo agrupá-los como Incapazes e Dependentes).

A situação de auto-suficiência de indivíduos Independentes é caracterizada por estes não necessitarem de pessoas e/ou meios para substituição funcional. Os indivíduos autónomos, que igualmente se encontram numa situação de auto-suficiência, podem ser caracterizados de várias formas: necessitam, indispensavelmente e com regularidade, de meios de apoio para substituição funcional na qual colaboram; necessitam, indispensavelmente e sem regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio para substituição funcional na qual colaboram; necessitam, dispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio para substituição funcional na qual colaboram ou necessitam, dispensavelmente e sem regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio para substituição funcional na qual colaboram.

Por outro lado, encontramos o grupo de indivíduos que são dependentes, numa situação de dependência, que pode ser caracterizada quando necessitam, indispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio para substituição funcional na qual colaboram. Por fim, na mesma situação, encontram-se os



indivíduos incapazes que são caracterizados como quem necessita, indispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio para substituição funcional na qual não colaboram.

A avaliação psicológica integra todas as queixas emocionais e o estado cognitivo avaliado pela orientação espacial e de tempo.

A nível social, os indivíduos são avaliados através do estado social e dos hábitos. No primeiro estão contemplados o estado civil do sujeito, o número de coabitantes na sua residência, o tempo que estão sós nas 24 horas, se têm confidente, a sua escolaridade e profissão; no segundo, procura-se saber a actividade física desenvolvida pelos indivíduos durante a semana e o número de refeições diárias.

### **3.2.3- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos- *Center for epidemiologic studies- Depression (CES-D)***

A escala CES-D (Radloff, 1977) foi desenvolvida para uso em estudos epidemiológicos sobre sintomas depressivos na população em geral, mas é igualmente adequada para populações clínicas (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977).

É uma escala sintomática que não se refere a nenhuma das teorias específicas da depressão, tende a remeter para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, a ideia de uma variação contínua entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais graves.

O instrumento apresenta 20 itens, seleccionados a partir de outros itens que constituíam escalas de depressão anteriormente validadas. Como tal, avalia várias componentes tais como, humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações de sono. Inclui quatro factores: (1) afecto depressivo, (2) afecto positivo, (3) sintomas somáticos e perturbação da actividade e (4) interpessoal.

Cada resposta é pontuada numa escala de Likert que demonstra a ordem da frequência dos sintomas na última semana: 0- Raramente ou Nunca; 1- Ocasionalmente; 2- Com alguma frequência; 3- Com muita frequência ou Sempre. As respostas são cotadas de 0 a 3, tendo 4 itens uma cotação inversa. O resultado final é igual à soma das cotações dos itens. Quanto mais elevado for o resultado maior é a intensidade da sintomatologia depressiva do indivíduo (Gonçalves & Fagulha, 2006).

Algumas das características psicométricas da CES-D variam consideravelmente nos contextos onde esta é utilizada, assim sendo, pode estar sujeita a influências culturais.

No que diz respeito à consistência interna, a CES-D apresenta um alfa de Cronbach de .850, nos estudos originalmente efectuados (Gonçalves & Fagulha, 2004). Na presente investigação, o alfa de Cronbach apresentou um valor de .840.

Este instrumento é de fácil aplicação podendo ser aplicado oralmente. Também é adequado para a utilização com populações de nível de instrução muito pouco diferenciado e permite uma maior heterogeneidade de respostas na população geral, o que sugere uma maior sensibilidade a pequenas variações da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2006).

Esta versão, utilizada no presente trabalho, destina-se à população adulta e foi traduzida e adaptada em Portugal por Gonçalves e Fagulha (2006).

### **3.3 – Procedimento**

A amostra foi recolhida de Março a Maio de 2014. Os questionários foram aplicados a 41 indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, pertencentes à população geral. Trata-se de uma amostra de conveniência, recolhida através do método “bola de neve”. A todos os participantes foi entregue um documento relativo ao consentimento informado, previamente à sua participação na investigação. Foi-lhes garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

A amostra incluiu participantes de diferentes áreas geográficas (por exemplo, Santarém, Trêmes, Alpiarça, Almada, Lisboa e Carnaxide).

A aplicação dos instrumentos teve lugar no domicílio dos participantes, no hospital (quando se dirigiam à recepção para marcar uma consulta) e numa universidade de terceira idade, tendo-se seguido a seguinte sequência: Questionário Socio-Demográfico para recolha de dados gerais sociodemográficos, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e MAB (Método de Avaliação Biopsicossocial). A aplicação dos instrumentos realizou-se numa única sessão, com duração aproximada de 1 hora.

A aplicação dos instrumentos foi realizada ou por auto-aplicação, ou por aplicação oral por parte do investigador (no caso de dificuldade de leitura por motivos visuais ou de compreensão das frases). No entanto, na maior parte dos casos, os questionários foram preenchidos autonomamente. Foi, igualmente, referido que, na

eventualidade de alguma dúvida, estaria assegurada a disponibilidade para esclarecimentos por parte do investigador.

Todos os instrumentos referidos têm sido utilizados no contexto de investigações desenvolvidas no Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica da FPUL.

### **3.4 – Procedimento Estatístico**

No presente estudo, recorreu-se a vários procedimentos estatísticos para o tratamento de dados, sendo que o tratamento estatístico dos dados foi realizado com o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). Assim, foram realizados diversos procedimentos estatísticos: análise descritiva, análise correlacional e análise de diferenças entre grupos.

Para verificar se a distribuição era normal foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

A estatística descritiva procurou caracterizar os dados sociodemográficos da amostra. Procedeu-se ao cálculo das médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, atendendo às características das variáveis em causa.

A análise de correlação bivariada é justificável, uma vez que o presente estudo corresponde a um estudo correlacional. Recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman para a análise correlacional bivariada, dada à distribuição não normal dos resultados.

Realizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes, devido à distribuição não normal, de forma a verificar se havia diferenças significativas entre os grupos. Para as variáveis em que se constituíam mais do que dois grupos, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis.

## Capítulo 4. Resultados

Neste quarto capítulo são apresentados os resultados que pretendem dar resposta aos objectivos e hipóteses deste estudo, relativamente à sintomatologia depressiva nos idosos (sub-capítulo 4.1), à funcionalidade (autonomia instrumental e física) (sub-capítulo 4.2), bem como à relação entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade (4.3). Pretende-se também analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e outras variáveis sociodemográficas em adultos mais velhos, com 65 ou mais anos, integrados na comunidade (sub-capítulo 4.4). Procura-se ainda verificar as diferenças de género e idade nos sub-capítulos 4.1 e 4.2.

### 4.1- Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total

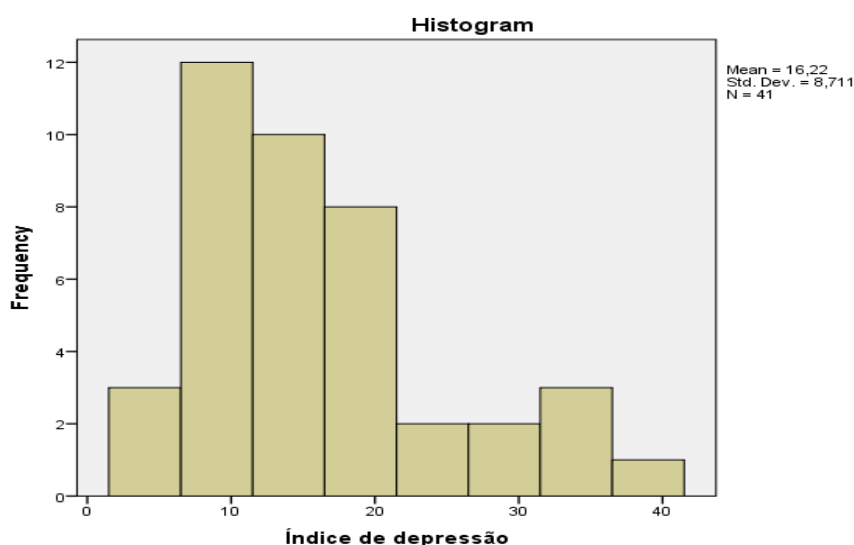
Com efeito de caracterizar a sintomatologia depressiva dos participantes da amostra no estudo foi aplicado o questionário (**CES-D**). Os resultados da análise descritiva em relação à amostra total apresentam-se no quadro 2.

**Quadro 2.** Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total

|                     | M     | DP   | Mdn   |
|---------------------|-------|------|-------|
| Índice de Depressão | 16.22 | 8.71 | 14.00 |

*N=41*

**Figura 1.** Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total



#### 4.1.1- Caracterização da sintomatologia depressiva em função da idade

De seguida, caracteriza-se a sintomatologia depressiva em função da idade. O quadro 3 dá informação sobre a média, desvio padrão e mediana, distinguindo indivíduos com idades diferentes.

**Quadro 3.** Caracterização da sintomatologia depressiva em função da idade

|                                | M     | DP   | Mdn   |
|--------------------------------|-------|------|-------|
| “65 a 79 anos” <sup>a</sup>    | 14.68 | 8.65 | 11.50 |
| “80 ou mais anos” <sup>b</sup> | 19.54 | 8.18 | 19.00 |

*N=41; n=28<sup>a</sup>; n=13<sup>b</sup>*

Visto que os pressupostos da normalidade não se verificaram, procedeu-se à exploração das diferenças entre os dois grupos de idade, no que toca à sintomatologia depressiva, através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Observa-se, no quadro 3, que o grupo dos “80 ou mais anos”, ou seja, o dos mais velhos, apresenta resultados mais altos na sintomatologia depressiva. Verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos de idade relativamente a essa variável, ( $U = 140.500$ ,  $z = -2.175$ ,  $p = .030$ ).

#### 4.1.2- Caracterização da sintomatologia depressiva em função do sexo

De seguida, caracteriza-se a sintomatologia depressiva em função do sexo. O quadro 4 dá informação sobre a média, desvio padrão e mediana, distinguindo indivíduos pelo sexo.

**Quadro 4.** Caracterização da sintomatologia depressiva em função do sexo

|                        | M     | DP   | Mdn   |
|------------------------|-------|------|-------|
| Feminino <sup>a</sup>  | 16.67 | 9.72 | 14.00 |
| Masculino <sup>b</sup> | 15.85 | 7.67 | 14.00 |

*N=41; n=21<sup>a</sup>; n=20<sup>b</sup>*

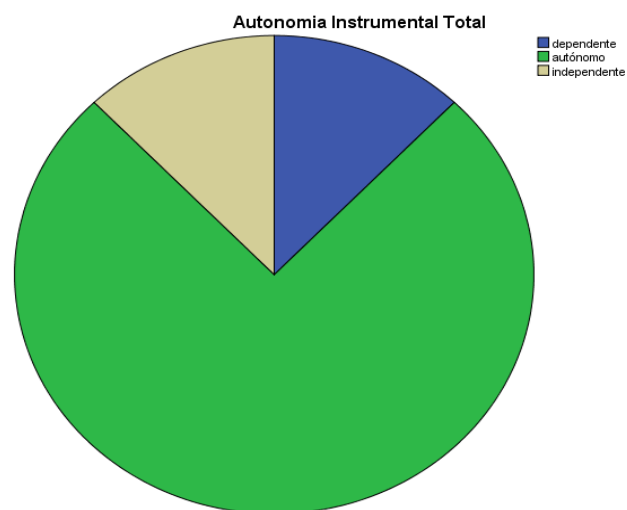
Verifica-se, no quadro 4, que os participantes do sexo feminino apresentam, em média, resultados mais elevados na sintomatologia depressiva (note-se, no entanto, que

o valor da mediana é igual). As diferenças não foram contudo significativas ( $U = 203.500$ ,  $z = -.170$ ,  $p = .865$ ).

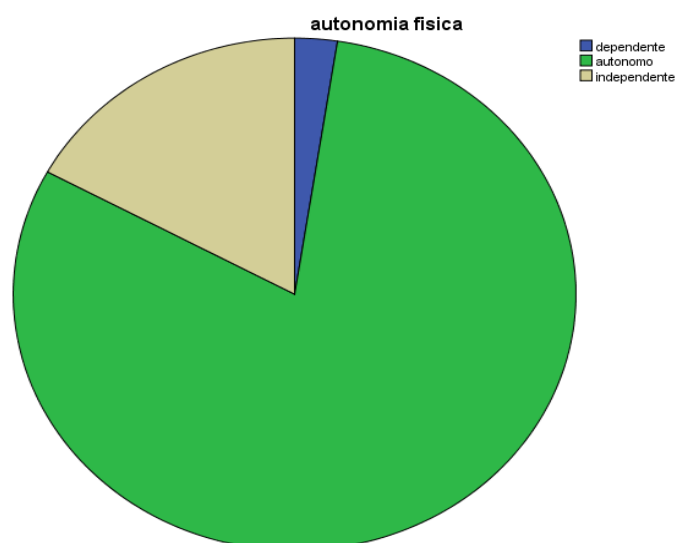
#### 4.2- Caracterização da funcionalidade (autonomia instrumental e autonomia física) na amostra total

Para caracterizar a funcionalidade dos participantes da amostra foi aplicado o questionário **MAB**. Os resultados da análise descritiva em relação à amostra total apresentam-se na figura 2 e 3.

**Figura 2.** Frequências de autonomia instrumental na amostra total



**Figura 3.** Frequências de autonomia física na amostra total



Observa-se, através das figuras 2 e 3, que a autonomia instrumental e a autonomia física são bastante próximas. A categoria “Autônomo” prevalece na amostra em ambas as autonomies. No entanto, existem mais indivíduos “Dependentes” na autonomia instrumental do que na autonomia física apesar da diferença não ser significativa. Não se observaram indivíduos “Incapazes” na amostra total.

#### 4.2.1- Caracterização da autonomia instrumental em função da idade

De seguida, explora-se as diferenças, ao nível da autonomia instrumental, em função de grupos de idade. O quadro 5 dá informação sobre os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney.

**Quadro 5. Teste de Mann-Whitney** da autonomia instrumental em função da idade.

|   | Média das ordens | Soma das ordens | U       | Z    |
|---|------------------|-----------------|---------|------|
| “65 a 79 anos” <sup>a</sup>                     | 21.00            | 588.00          | 182.000 | .000 |
| “80 ou mais anos” <sup>b</sup>                  | 21.00            | 373.00          |         |      |
| <i>N=41; n=28<sup>a</sup>; n=13<sup>b</sup></i> |                  |                 |         |      |

Verifica-se, através do quadro 5, que não existem diferenças entre os grupos de idade no que toca à autonomia instrumental.

#### 4.2.2- Caracterização da autonomia instrumental em função do sexo

De seguida, caracteriza-se a autonomia instrumental em função do sexo. O quadro 6 dá informação sobre os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney.

**Quadro 6. Teste de Mann-Whitney** da autonomia instrumental em função do sexo.

|   | Média das ordens | Soma das ordens | U       | Z    |
|---|------------------|-----------------|---------|------|
| Feminino <sup>a</sup>                           | 21.00            | 441.00          | 210.000 | .000 |
| Masculino <sup>b</sup>                          | 21.00            | 420.00          |         |      |
| <i>N=41; n=21<sup>a</sup>; n=20<sup>b</sup></i> |                  |                 |         |      |

Verifica-se, mais uma vez, através do quadro 6, que não existem diferenças na autonomia instrumental relativamente ao sexo.

#### 4.2.3- Caracterização da autonomia física em função da idade

De seguida, são exploradas, em função dos dois grupos de idade, os níveis de autonomia física. O quadro 7 dá informação sobre os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney.

**Quadro 7. Teste de Mann-Whitney** da autonomia física em função da idade

|   | Média das ordens | Soma das ordens | U       | Z     |
|---|------------------|-----------------|---------|-------|
| “65 a 79 anos”                                  | 20.86            | 584.00          | 178.000 | -.163 |
| “80 ou mais anos”                               | 21.31            | 277.00          |         |       |
| <i>N=41; n=28<sup>a</sup>; n=13<sup>b</sup></i> |                  |                 |         |       |

Pode-se verificar, através do quadro 7, que, na autonomia física tal como na autonomia instrumental não existem diferenças entre os dois grupos de idade.

#### 4.2.4- Caracterização da autonomia física em função do sexo

De seguida, explora-se a diferença, ao nível da autonomia física, em função do sexo. O quadro 8 dá informação sobre os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney.

**Quadro 8. Caracterização da autonomia física em função do sexo**

|   | Média das ordens | Soma das ordens |
|---|------------------|-----------------|
| Feminino <sup>a</sup>                           | 22.76            | 478.00          |
| Masculino <sup>b</sup>                          | 19.15            | 383.00          |
| <i>N=41; n=21<sup>a</sup>; n=20<sup>b</sup></i> |                  |                 |

Pode-se verificar, através do quadro 8, que a média das ordens da autonomia física é maior no sexo feminino do que no sexo masculino, no entanto essa diferença não é significativa (U = 173.000, z = -1.402, p = .161).



#### **4.3- Caracterização dos grupos de Funcionalidade em relação à sintomatologia depressiva**

De seguida, são exploradas os grupos de funcionalidade em relação à sintomatologia depressiva.

**Quadro 9.** Caracterização dos grupos de funcionalidade em relação à sintomatologia depressiva

| Sintomatologia Depressiva |       |       |       |
|---------------------------|-------|-------|-------|
| Funcionalidade Total      | M     | DP    | Mdn   |
| Independente              | 18.60 | 10.16 | 15.00 |
| Autónomo                  | 15.71 | 8.70  | 13.00 |
| Dependente                | 17.00 | 8.77  | 14.00 |

*N=41*

Pôde-se verificar, a partir do teste de Kruskal-Wallis, que não existiam diferenças significativas entre os grupos no que toca à depressão ( $H(2)=.550$ ,  $p>0.05$ ).

#### **4.4- Resultados das correlações entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade em adultos mais velhos, com 65 ou mais anos, integrados na comunidade.**

**4.4.1-** De forma a poder analisar as associações existentes entre a sintomatologia depressiva, a autonomia instrumental, a autonomia física, as relações familiares-qualidade, satisfação com o agregado familiar, classificação do estado de saúde actual e a actividade física durante a semana, utilizou-se o cálculo da correlação de Spearman. Os resultados obtidos relativamente à associação entre estas variáveis encontram-se descritos no quadro 13.

**Quadro 10.** Análise das correlações entre a sintomatologia depressiva, a autonomia instrumental, a autonomia física, a funcionalidade total, as relações familiares-qualidade, satisfação com o agregado familiar, classificação do estado de saúde actual e a actividade física durante a semana.

|   | Índice de depressão |
|---|---------------------|
| Autonomia Física                        | .147                |
| Autonomia Instrumental                  | .021                |
| Funcionalidade Total                    | .021                |
| Relação de Familiares- Qualidade        | <b>.385*</b>        |
| Satisfação com o agregado familiar      | <b>.321*</b>        |
| Classificação do estado de saúde actual | <b>.560**</b>       |
| Actividade Física durante a semana      | <b>-.3.18**</b>     |

*\*p<.05; \*\*p<.01*

*N=41*

No que diz respeito à relação entre o índice de depressão e a autonomia física, não se encontraram correlações significativas. O mesmo acontece entre o índice de depressão e a autonomia instrumental, tal como na funcionalidade.

No entanto, verificaram-se outras correlações significativas entre outras variáveis e o índice de depressão. Assim, encontramos correlações positivas significativas entre o índice de depressão e as relações familiares-qualidade, satisfação com o agregado familiar e classificação do estado de saúde actual. Note-se que valores mais elevados nas relações familiares-qualidade, satisfação com o agregado familiar e na classificação do estado de saúde actual correspondem a menor satisfação e valores mais elevados no índice de depressão correspondem a maior depressão. Esperava-se pois que as correlações entre estas variáveis fossem positivas, como de facto assim se apresentam. Por fim, verifica-se uma correlação significativa negativa entre o índice de depressão e a actividade física durante a semana: quanto mais horas de actividade física os indivíduos realizam, menor o índice de depressão que apresentam.

Segue-se, no quadro 11, uma descrição da amostra total no que diz respeito a algumas variáveis do instrumento MAB.

**Quadro 11.** Caracterização de variáveis do instrumento MAB.

|   | Frequências | Percentagens |
|---|-------------|--------------|
| <b>Total de Queixas</b>                   |             |              |
| Com queixas                               | 40          | 97.6         |
| Sem queixas                               | 1           | 2.4          |
| <b>IMC- classificação</b>                 |             |              |
| Adequado                                  | 17          | 41.5         |
| Excesso de peso                           | 14          | 34.1         |
| Obesidade                                 | 10          | 24.4         |
| <b>Quedas-Avaliação</b>                   |             |              |
| Mau                                       | 3           | 7.3          |
| Insatisfatório                            | 8           | 19.5         |
| Bom                                       | 30          | 73.2         |
| <b>Locomoção</b>                          |             |              |
| Dependente                                | 1           | 2.4          |
| Autônomo                                  | 34          | 82.9         |
| Independente                              | 6           | 14.6         |
| <b>Autonomia Física</b>                   |             |              |
| Dependente                                | 1           | 2.4          |
| Autônomo                                  | 33          | 80.5         |
| Independente                              | 7           | 17.1         |
| <b>Autonomia Instrumental</b>             |             |              |
| Dependente                                | 5           | 12.2         |
| Autônomo                                  | 31          | 75.6         |
| Independente                              | 5           | 12.2         |
| <b>Queixas emocionais</b>                 |             |              |
| Mau                                       | 2           | 4.9          |
| Insatisfatório                            | 5           | 12.2         |
| Satisfatório                              | 30          | 73.2         |
| Bom                                       | 4           | 9.8          |
| <b>Estado Cognitivo</b>                   |             |              |
| Bom                                       | 40          | 97.6         |
| Satisfatório                              | 1           | 2.4          |
| <b>Isolamento Social</b>                  |             |              |
| Muito isolado                             | 8           | 19.5         |
| Isolado                                   | 2           | 4.9          |
| Pouco isolado                             | 8           | 19.5         |
| Não isolado                               | 23          | 56.1         |
| <b>Hábitos de exercício e alimentação</b> |             |              |
| Satisfatório                              | 19          | 46.3         |
| Bom                                       | 21          | 51.2         |

*N=41*

Podemos observar, através do quadro 11, algumas características da amostra total, tendo em conta algumas das variáveis do instrumento MAB. Podemos verificar que, no que toca ao total de queixas, a maior parte dos indivíduos da amostra apresentam queixas que consistem sobretudo em músculo-esqueléticas, visão, audição, pele e outras relacionadas com órgãos ou sistemas.

Relativamente ao IMC, apesar de existirem indivíduos com excesso de peso e com obesidade podemos constatar que a maior percentagem permanece no nível de IMC adequado. Note-se, no entanto, que a percentagem dos indivíduos incluídos, conjuntamente, nas duas categorias consideradas não satisfatórias é, contudo, superior à dos “adequado”.

Na avaliação das quedas, podemos verificar que, por um lado, apesar de existirem indivíduos que caíram, várias vezes e com sequelas, por outro lado, a maior parte não apresenta quedas.

No que toca à locomoção, podemos constatar que a maior percentagem da amostra é autónoma, isto significa que conseguem andar em casa, na rua, subir e descer escadas, no entanto, alguns participantes utilizam meios auxiliares para esses fins. O mesmo acontece na autonomia instrumental e física em que a maior percentagem são indivíduos autónomos. Isso significa que a maior parte dos indivíduos consegue fazer as actividades de vida diária normalmente, no entanto, utilizam meios de auxílio, o que os retira da categoria de “independentes”. Podemos ainda verificar, através da observação das frequências no quadro 11, que existem mais indivíduos dependentes ao nível da autonomia instrumental (usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas de lida de casa, usar transportes, tomar medicamentos e gerir o dinheiro) do que na autonomia física (tomar banho, vestir, usar a sanita, deitar-se, sentar-se, controlar a urina e as fezes e comer), como seria de esperar.

No que diz respeito às queixas emocionais tais como andar nervoso, triste ou ter outras queixas emocionais, a amostra é caracterizada, maioritariamente, como “satisfatória”.

Relativamente ao estado cognitivo, uma vez que um dos critérios do estudo é que os participantes não possuam qualquer tipo de demência, era de esperar que os resultados os situassem nas categorias “bom” e “satisfatório”.

Os indivíduos desta amostra são, essencialmente, “não isolados”, significando isto que a maior parte dos participantes estão casados ou em união de facto, que vivem pois acompanhados, que estão pouco tempo sozinhos nas 24 horas, e referem ainda que têm um confidente.

Para finalizar, em relação aos hábitos de exercício e alimentação, a amostra só demonstra aspectos positivos, centrando-se nas categorias “bom” ou “satisfatório”, sendo que o “bom” tem uma maior percentagem.

## **Capítulo 5. Discussão dos resultados**

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, de acordo com os objetivos e hipóteses, descritos no capítulo 2. Em primeiro lugar, a discussão incide nos resultados que dizem respeito à caracterização da sintomatologia depressiva na amostra total e das diferenças entre a idade e género; em segundo lugar, caracteriza-se a funcionalidade (autonomia física e instrumental) e verificam-se os resultados das diferenças entre a idade e género; por último, discutem-se as correlações da sintomatologia depressiva com a autonomia instrumental, a autonomia física, a funcionalidade, as relações familiares-qualidade, a satisfação com o agregado familiar, a classificação do estado de saúde actual e a actividade física durante a semana.

### **5.1. Caracterização da sintomatologia depressiva na amostra**

Neste sub-capítulo discutem-se os resultados referentes à sintomatologia depressiva na amostra total e das diferenças entre a idade e o género. Assim, da análise do CES - *Center for epidemiologic studies- Depression*, na amostra total em estudo, conclui-se que os índices de depressão da amostra são baixos ( $M=16$ ), relativamente aos valores apresentados noutros estudos. Estes valores podem ser consequência de uma amostra reduzida, onde os indivíduos partilham características semelhantes que tornam a amostra bastante homogénea. Assim, apesar da depressão ser uma das psicopatologias mais comuns que afecta a população idosa (Akyol et al., 2010), alguns dos critérios de inclusão dos indivíduos na amostra poderão ter contribuído para os valores baixos no índice de depressão, nomeadamente serem indivíduos que estão integrados na comunidade sem problemas cognitivos, de funcionalidade e sociais. Deste modo é possível que não se verifiquem os declínios na saúde física, no funcionamento cognitivo e nos recursos sociais que são factores conhecidos por estarem associados com a depressão na idade adulta avançada (Steunenberg, Braam, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2009). Antonucci, Fuhrer e Dartigues (citados por Jeon & Dunkle, 2009) apontaram que idosos com extensas redes sociais e concomitante satisfação com a qualidade do apoio apresentavam menores níveis de sintomas depressivos. Na amostra deste estudo, no que toca às relações familiares, a maior parte da amostra considera que as relações familiares são muito satisfatórias (73.2%). Podemos verificar ainda, neste estudo, que a maior parte dos indivíduos vive com outros (78%) em vez de viver só. Todos estes factores influenciam os índices de depressividade na amostra.

Os resultados mostraram que, relativamente ao género, os níveis de sintomatologia depressiva no sexo feminino são superiores, em comparação com o sexo masculino, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa. Assim, a hipótese **1a** (Espera-se que os níveis de depressão sejam maiores no sexo feminino) não se confirma. Radloff e Rae (1979) consideram que as depressões vividas pelos mais velhos se podem distinguir pelo sexo, sendo que as mulheres são mais susceptíveis de desenvolver episódios depressivos. Outros autores referem, igualmente, que, em amostras de idosos, é nas mulheres que as pontuações de depressão são mais elevadas (Coleman, Aubin, Robinson, Ivani-Chalian, & Briggs, 1993; Zunzunegui et al., 2007). Isto verifica-se na amostra do presente estudo, ou seja, estes resultados não divergem da revisão de literatura, mas não chegam a ser significativos. Por hipótese, talvez se tenda a verificar mais sintomatologia depressiva nas mulheres devido ao facto de as mesmas relatarem, com mais frequência, problemas de saúde e stress psicológico do que os homens (Ried & Planas, 2002; Zunzunegui et al., 2007) e de estarem mais expostas a factores, sociais e económicos, de risco para a depressão, tais como o isolamento social, maior limitação na funcionalidade e capacidades. De facto todos estes aspectos se verificam no presente estudo, mas apenas tendencialmente, não tendo sido significativos na diferença relativamente aos homens.

Em relação às diferenças de idade, nesta variável, verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos de idade. Observa-se que o grupo dos “80 ou mais anos”, ou seja, o dos mais velhos, apresenta resultados mais altos na sintomatologia depressiva. Logo, a hipótese **1b** (Espera-se níveis mais elevados de depressão com idade mais avançada) confirma-se. Os resultados apontam no sentido do esperado, verificando-se um aumento da sintomatologia depressiva com a idade. Assim, os resultados não divergem da revisão de literatura, que indicam uma maior prevalência de sintomatologia depressiva na faixa etária mais avançada (Akyol et al., 2010; Berg et al., 2009; Steunenbergh, et al., 2009). Assim confirma-se que a incidência da depressão pode aumentar com a idade (Gurland, cit. por Oltman, Michals, & Steer, 1980), de acordo com os resultados apresentados.

## **5.2. Caracterização da Funcionalidade (Autonomia Física e Autonomia Instrumental) na amostra**

Neste sub-capítulo discutem-se os resultados referentes à funcionalidade na amostra total e das diferenças entre a idade e o género. No que toca à variável funcionalidade desta amostra, avaliada através do instrumento Método de Avaliação Biopsicossocial - MAB, podemos constatar que os indivíduos possuem valores da autonomia instrumental e da autonomia física muito próximos. A categoria “Autónomo” prevalece na amostra, em ambas as autonomias. No entanto, existem mais indivíduos “Dependentes” na autonomia instrumental do que na autonomia física apesar desta diferença não ser significativa. Não se observaram indivíduos “Incapazes” na amostra total. É possível inferir, a partir destes dados, que estamos perante uma amostra onde a maioria dos indivíduos apresenta um grau adequando de funcionalidade. Segundo Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stanhelin (2006), a autonomia funcional está intimamente relacionada com o bem-estar e o envelhecimento bem-sucedido. Como já foi referido anteriormente, neste trabalho, segundo Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stahelin (2006), os recursos físicos são óptimos preditores da autonomia física, enquanto que os recursos psicológicos são os que melhor predizem a autonomia instrumental. Na amostra do presente estudo, tanto os recursos físicos como os recursos psicológicos não estão comprometidos, daí existirem resultados que comprovam boa funcionalidade nos indivíduos desta amostra. Obteve-se, de facto, uma grande prevalência de idosos autónomos em autonomia física e autonomia instrumental, o que era de esperar em indivíduos ambulatoriais.

Em relação ao género, podemos verificar que os resultados, tanto na autonomia física como na autonomia instrumental, não apresentam diferenças significativas. A hipótese **2a** (Espera-se que os níveis de funcionalidade sejam maiores no sexo masculino) não se confirma. Na investigação desenvolvida por Perrig-Chiello e al., (2006), os autores assinalam diferenças significativas na relação da autonomia funcional com o género, mostrando que as mulheres são significativamente mais dependentes que os homens nas AVD. Os resultados obtidos poderão eventualmente ser explicados, mais uma vez, pela reduzida dimensão da amostra (N=41, com 21 indivíduos do género feminino e 20 do género masculino) e pela proporção registada de Autónomos/Dependentes. A amostra usada neste estudo é uma amostra que usufrui de boas condições de saúde e está integrada na comunidade, o que significa que possui uma suficiente autonomia funcional, tanto os homens como as mulheres, para

satisfazer autonomamente, e até com independência, as actividades de vida diária e as instrumentais. Assim, os resultados do presente estudo vão contra aos estudos referidos, pois na amostra recolhida parece que tanto os homens como as mulheres estão a envelhecer de forma idêntica no que toca à funcionalidade.

No que toca às diferenças de idade, nos dois grupos, também não se verificam diferenças significativas relativamente à variável funcionalidade, logo a hipótese **2b** (Com a idade avançada espera-se menor funcionalidade) não se confirma. Estes resultados divergem da revisão de literatura que aponta manifestas diferenças, com o avanço da idade. Ou seja, com o avançar da idade, surge um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda da funcionalidade que poderão, possivelmente, conduzir à dependência funcional de terceiros (Botelho, 2007; Ramos, 2003). Uma investigação desenvolvida por Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stanhelin (2006) demonstrou, com os resultados da investigação que envolveram 441 indivíduos, homens e mulheres, com idades entre os 65 e 95 anos, que os indivíduos revelaram deteriorações significativas da autonomia funcional com o avanço da idade. Logo seria de esperar que a capacidade funcional estivesse associada ao avanço da idade, amplamente documentado na literatura, como por exemplo, no estudo de Perrig-Chiello e al (2006) e no *Berlin Aging Study* (Steihagan-Thiessen & Borchelt, 2001). No entanto, no presente trabalho, obteve-se uma grande prevalência de idosos Autónomos em autonomia física e instrumental, em ambos os grupos de idade, o que pode ser justificado com o facto de a amostra ser constituída por indivíduos saudáveis inseridos na comunidade.

### **5.3. Análise da relação entre os índices de depressão e a funcionalidade (Autonomia Física e Autonomia Instrumental) no envelhecimento.**

Neste sub-capítulo discutem-se os resultados referentes à relação entre os índices de depressão e a funcionalidade no envelhecimento. Na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as doenças mais frequentes e que aumenta a probabilidade de os mais velhos desenvolverem incapacidade funcional (Imaginario, 2008). Em todas as idades os sintomas depressivos são comuns e têm, então, um impacto no bem-estar e nos índices de funcionalidade (Gallo & Rabins, cit. por Dozeman et al., 2010). No entanto, no presente estudo, no que diz respeito à relação entre o índice de depressão e a funcionalidade (Autonomia física e Autonomia instrumental), não se encontraram correlações significativas. Assim, as hipóteses **3a** (Uma maior autonomia instrumental



associa-se a menor depressão); **3b** (Uma maior autonomia física associa-se a menor depressão) e **3c** (Uma maior autonomia funcional associa-se a menor depressão) não se confirmam. Estes resultados não vão de encontro com a literatura, pois a problemática em questão teria um impacto determinante na vida dos indivíduos, já que os sintomas depressivos, bem como as perturbações depressivas, afectam, de modo adverso, a qualidade de vida das pessoas mais velhas, em termos da funcionalidade e do bem-estar no geral (Gurland, 1992; Wells et al., cit. por Y. Lee et al., 2001). Também os declínios na saúde física, no funcionamento cognitivo e nos recursos sociais são factores para o mesmo acontecimento. Logo, seria de esperar que os índices de depressão fossem afectar a funcionalidade nos mais velhos e/ou vice-versa. No entanto, como já foi referido anteriormente, no presente trabalho, os índices de depressividade da amostra são baixos, enquanto que os níveis de funcionalidade se apresentam adequados. A amostra é constituída por indivíduos que possuem uma boa rede social, não são isolados, têm apoio de familiares no seu dia-a-dia. Todos estes factores podem diminuir a probabilidade de ocorrência de depressão e, além disso, também demonstram níveis altos de funcionalidade. Blazer (1993) afirma que os sujeitos com sintomas depressivos experimentam menor funcionamento físico e social do que sujeitos sem os mesmos sintomas. No entanto, se os índices de depressão da amostra são baixos, também não se pode esperar que influenciem de forma negativa a funcionalidade nos idosos. Muito possivelmente estes participantes têm-se adaptado aos desafios relacionados com o avanço da idade, seguindo um percurso de envelhecimento bem sucedido.

#### **5.4. Análise da relação da sintomatologia depressiva com algumas variáveis socio-demográficas (Exercício físico, Classificação do estado de saúde, Relações familiares-qualidade e Satisfação com o agregado familiar).**

Neste sub-capítulo discutem-se os resultados referentes à relação entre a sintomatologia depressiva e variáveis sociodemográficas (Exercício físico, Classificação do estado de saúde, Relações familiares-qualidade e Satisfação com o agregado familiar). Segundo alguns autores, como já foi referido anteriormente, a actividade física, quando regular e bem planeada, pode até ser considerada como uma elevada contribuição para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima, estimulação para o exercício das funções cognitivas, atenuando um quadro depressivo e a probabilidade de recaída. Na presente investigação, verifica-se uma correlação

significativa entre o índice de depressão e a actividade física (Exercício Físico) durante a semana. Logo a hipótese **4a** (Espera-se que a prática de exercício físico esteja relacionada com índices de depressividade mais baixos) confirma-se. A amostra do presente trabalho demonstra que uma boa classificação na variável de actividade física (Satisfatório e bom) está relacionado com níveis baixos de depressividade. Num estudo desenvolvido por Blumenthal et al., os autores concluíram que a actividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica no tratamento da depressão. Em suma, *“a actividade física é uma forma sábia, confortável e divertida de viver a última fase da vida”* Fernandes (2010). Isto parece uma alternativa adoptada pela amostra do presente estudo.

Quando as pessoas mais velhas experienciam uma diminuição da sua saúde, com perda de suporte emocional, os afectos que irão predominar serão a ansiedade e o desespero. Por outro lado, existem estudos que revelaram uma maior probabilidade das pessoas mais velhas com sintomas depressivos manifestarem uma visão negativa da sua saúde (Mulsant, Ganguli, & Seaberg; Ormel et al., cit. por Y. Lee et al., 2001). Podemos conferir através da literatura e dos resultados do presente estudo que existe uma correlação significativa entre o índice de depressão e a classificação do estado de saúde actual. Assim, a hipótese **4b** confirma-se (Espera-se que uma melhor classificação do estado de saúde esteja correlacionado com índices de depressividade mais baixos). Se o indivíduo sente que o seu estado de saúde actual é bom vai diminuir a probabilidade de existirem níveis de depressividade. Por outro lado, pessoas muito idosas com um estado de saúde vulnerável estão sub-representadas nos estudos que focam a incidência e os factores de risco da sintomatologia depressiva.

Ou seja, níveis elevados de sintomatologia depressiva estão relacionados com a uma pior avaliação da saúde actual. No presente estudo existem níveis baixos de depressividade e a classificação da saúde actual é positiva. Os resultados coincidem com o descrito em vários estudos que identificam uma associação entre o estado de saúde e a prevalência de sintomatologia depressiva (Akyol et al., 2010; Ried & Planas, 2002; Steunenbergh et al., 2009; Y. Lee et al., 2001).

No que diz respeito à associação entre o índice de depressão e as relações de familiares ao nível da qualidade, verifica-se uma correlação significativa. Logo a hipótese **4c** colocada (Espera-se que quanto melhor forem as relações familiares (qualidade) menor será o índice de depressividade) confirma-se. Este resultado vai de encontro à literatura, por exemplo, como já tinha sido referido anteriormente, segundo

Blatt (2004), as relações interpessoais positivas e competências pessoais parecem proteger os indivíduos do desenvolvimento de uma depressão. O aparecimento de estados depressivos pode então aparecer devido à diminuição de alguns factores, tais como a perda do suporte socio-familiar. Assim, indivíduos com redes sociais restritas apresentam maior tendência a manifestar esse tipo de sintomas (Lee et al., 2001). No entanto, esse fenómeno não acontece na amostra do presente estudo. Mais uma vez é importante salientar que os índices de depressividade dos participantes são baixos e relacionam-se com a qualidade das relações familiares, pois a maior parte da amostra considera que as relações familiares são muito satisfatórias (73.2%).

A última variável no presente estudo, satisfação com o agregado familiar, também se correlaciona com a variável índice de depressão, assim a hipótese **4d** também se confirma (Espera-se que quanto mais satisfeitos estiverem os indivíduos com o seu agregado familiar menor será o índice de depressividade.) Esta variável vem um pouco na continuação da anterior, porque como já foi referido anteriormente, as relações interpessoais positivas protegem o indivíduo do desenvolvimento de uma depressão (Blatt, 2004). Logo, se o indivíduo está satisfeito com o agregado familiar, esta satisfação constituirá um factor protector para a depressividade.

Em suma, os resultados associados à descrição da amostra estudada e as associações entre variáveis permitem verificar a saúde psicológica dos participantes e, por outro lado, a existência de uma funcionalidade adaptada que demonstra saúde física. Esta amostra estará a experienciar um envelhecimento bem-sucedido e activo defendido anteriormente neste trabalho.

## Capítulo 6. Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões do presente estudo, são referidas algumas limitações e sugerem-se propostas para futuras investigações.

Ao longo do século XX, o decréscimo verificado na taxa de mortalidade - em todas as idades - e o consequente aumento da esperança de vida, têm vindo a traduzir-se numa verdadeira revolução demográfica à escala global, colocando o envelhecimento no centro das atenções de diferentes áreas científicas. No entanto, nas últimas décadas, tem-se vindo a afirmar uma visão mais optimista do envelhecimento, esta visão positiva – com as múltiplas denominações de envelhecimento «com sucesso», «óptimo», «vital», «produtivo», «activo» e «positivo», todas elas relativas a uma forma positiva de envelhecer – constituiu-se como um novo paradigma no estudo do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). A forma como as sociedades conceptualizam e lidam – mais ou menos conscientemente – com a velhice e o idoso, constitui um importante condicionante da maneira como se envelhece (Dias, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009).

Com o avanço da idade há um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade e conducentes a dependência funcional de terceiros (Botelho, 2007; Ramos, 2003). No entanto, de acordo com estes autores, embora a grande maioria dos idosos apresente um quadro de uma ou mais doenças crónicas, isso não implica necessariamente limitações na sua funcionalidade, sendo mesmo, em maior número, aqueles que, residentes na comunidade, se apresentam como funcionalmente independentes, controlando as suas doenças e vivendo com satisfação. No entanto, uma das problemáticas que surge com grande incidência, durante esta fase do curso de vida, é a depressão e a sintomatologia depressiva. A depressão é uma das psicopatologias mais comuns que afecta a população idosa (Akyol et al., 2010).

O presente trabalho teve assim como foco a relação entre a funcionalidade no envelhecimento e os índices de depressão, em adultos mais velhos, com 65 ou mais anos, integrados na comunidade, assumindo como objectivos: analisar a sintomatologia depressiva nos idosos (1); a funcionalidade (autonomia física e autonomia instrumental) (2); bem como à relação entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade (3); procurar-se ainda verificar as diferenças de género, em ambas as variáveis referidas anteriormente (4).

Os resultados permitiram verificar que não existe uma associação entre os índices de depressão e a funcionalidade (Autonomia Instrumental e Autonomia Física).

No entanto, verifica-se que existe uma associação entre os índices de depressão e outras variáveis sociodemográficas, tais como : Relação de familiares – qualidade; Satisfação com o agregado familiar; Classificação do estado de saúde actual e Actividade física durante a semana. É importante salientar, na presente conclusão, que a média dos índices de depressão dos participantes é baixa. Os índices de depressão, diferentemente do que se esperaria, não estão relacionados com o género, mas, de acordo com a literatura, associam-se com a idade. À medida que a idade aumenta, os índices de depressão também são mais elevados.

Por outro lado, os níveis de funcionalidade na amostra estão bastante conservados, prevalecendo, no presente estudo, os indivíduos autónomos. Também podemos verificar que não existe qualquer relação entre a funcionalidade e a idade ou o género, o que, mais uma vez, demonstra, que os indivíduos do presente estudo estão muito preservados, apresentam níveis de funcionalidade muito idênticos e adaptados, talvez por serem indivíduos inseridos na comunidade, beneficiando de vários apoios e com uma vida activa.

O presente estudo denota algumas limitações, nomeadamente no que respeita à dimensão e características da amostra estudada. O número de participantes é bastante reduzido e não permite extrair conclusões para a população idosa em geral. Os indivíduos da amostra têm características muito semelhantes, sob vários pontos de vista, e são indivíduos que, na generalidade, parecem bastante adaptados e funcionais.

Assim, para futuras investigações, adverte-se para a necessidade de uma amostra maior e menos homogénea, que permita extrair conclusões globais. Seria também conveniente a realização de um estudo que permitisse a comparação de um grupo de indivíduos integrados na comunidade e outro de indivíduos institucionalizados, bem como um estudo longitudinal, que avaliasse o percurso desenvolvimental, de forma a alargar a compreensão sobre a evolução da relação das variáveis em estudo.

Apesar das limitações indicadas, o presente estudo poderá contribuir, de alguma forma, para a compreensão do processo de envelhecimento.

## Referências Bibliográficas

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.

Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-136.

Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389. doi:10.1037/0021-843X.85.4.383.

Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Edições Bial.

Botelho, M. A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.111-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Campos, C. (1982). Adequação da intensidade de cuidados dos níveis de dependência dos idosos. Análise económica das ineficiências (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Charazac, P. (2004). A dependência e a autonomia. In P. Charazac, *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos* (pp. 59-74) (M. Fernandes trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

Corazza, D., Costa, J., Gobbi, S., & Stella, F. (2002). *Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física*. Universidade Estadual Paulista 8(3), 91-98.

Costa Rosa, T., Benício, M. H., Latorre, M. R., & Ramos, R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48.

Duarte Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes, P. (2002). Processo de envelhecimento. In P. Fernandes, *A depressão no idoso* (2ªed.) (pp. 19-53). Coimbra: Quarteto Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. AMG, Barcelona.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., G., & García, L., F. (2004) Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimédia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 64-84.

Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of 'Vital Aging-M': A psychosocial program for promoting optimal aging. *European Psychologist*, 10(2), 146-156.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: the contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo – Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1999).

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348.

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.

INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Associations*, 185, 914-919.

Matos, A. (2007). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Novo, R. F. (2000). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Oliveira, B. de (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.



- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 62-80.
- Paúl, M. C. (1993). Avaliação do estado funcional do idoso. *Geriatria*, 6, 21-26.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2), 345-362.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In A. Fonseca & C. Paúl (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Pedinielli, J., & Bernoussi, A. (2006). *Os Estados Depressivos*. Climepsi Editores.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 470-482.
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, 19 (1), 81-94.
- Vitola, J., & Argimon, I. (2003). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In N. Terra & B. Dorenelles (Eds.), *Envelhecimento bem-sucedido* (pp.97-102). 2ª Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Zimerman, G., I. (2007). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 31-37) (I. Ortiz trad.). Brasil: Artes Medicas (Obra original publicada em 1965).

## **Anexos**

## **Anexo 1: Questionário Sociodemográfico**

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Nacionalidade:

\_\_\_\_\_

3. Naturalidade:

\_\_\_\_\_

4. Área de residência:

\_\_\_\_\_

5. Sexo: F ☐

M ☐

6. Agregado familiar actual:

Vive só

☐

Vive com o cônjuge

☐

Vive com o cônjuge e terceiros

☐

Vive com terceiros

☐

Vive numa instituição

☐

Outro

☐

Qual \_\_\_\_\_.

**7. Está satisfeito (a) com essa situação?**

Sim ☐ Não ☐

**8. Tem o apoio de familiares?**

Sim ☐ Não ☐

**9. Parentalidade:**

Tem filhos?

Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, quantos? \_\_\_\_\_.

**10. Situação económica:**

Muito satisfatória ☐

Satisfatória ☐

Pouco satisfatória ☐

Nada satisfatória ☐

**11. Participação em actividades:**

Centradas na vida doméstica/familiar ☐

Frequenta centro de dia ☐

Frequenta universidade da terceira idade ☐

Frequenta grupos recreativos na igreja ☐

Centradas nos amigos (as) ☐

Outro

☐ Qual \_\_\_\_\_.

## 16. Relações Interpessoais:

### - Relações familiares (grau de contacto):

Muito frequente ☐

Frequente ☐

Ocasional ☐

Inexistente ☐

### - Relações familiares (qualidade):

Muito satisfatórias ☐

Satisfatórias ☐

Pouco satisfatórias ☐

Nada satisfatórias ☐

### - Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente ☐

Frequente ☐

Ocasional ☐

Inexistente ☐

### - Relações de amizade (qualidade):

Muito satisfatórias ☐

Satisfatórias ☐

Pouco satisfatórias ☐

Nada satisfatórias ☐

**17. Crenças e práticas religiosas:**

Sem crença religiosa

☐

Com crença religiosa e sem práticas religiosas

☐

Com crença e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leitura)

☐

Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos)

☐

Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas”

☐

**18. Avaliação do estado geral de saúde:**

**18.1. Neste último mês, como classifica o seu estado geral de saúde?**

Muito bom

☐

Bom

☐

Razoável

☐

Fraco

☐

Mau

☐

**18.2. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparada com há um ano?**

Muito melhor ☐

Melhor ☐

Idêntica ☐

Pior ☐

Não sabe ☐

**18.3. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparando com pessoas da sua idade e sexo?**

Muito melhor ☐

Melhor ☐

Idêntica ☐

Pior ☐

Não sabe ☐

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**



## **Anexo 2: CES-D**

Nº.....

### CES-D

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave:

- ☐ Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)
- ☐ Ocasionalmente (1 ou 2 dias)
- ☐ Com alguma frequência (3 ou 4 dias)
- ☐ Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

#### Durante a semana passada:

|  | Nunca ou<br>muito<br>raramente | Ocasional-<br>mente      | Com<br>alguma<br>frequência | Com muita<br>frequência<br>ou sempre |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem                                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 4. Senti que valia tanto como os outros  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer                                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 6. Senti-me deprimido  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 7. Senti que tudo o que fazia era um esforço   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| 8. Senti-me confiante no futuro  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Senti-me com medo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Dormi mal  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Senti-me feliz   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Falei menos do que o costume                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Senti-me sozinho   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Senti prazer ou gosto na vida                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Tive ataques de choro                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Senti-me triste  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Senti que as pessoas não gostavam de mim                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Senti falta de energia                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Anexo 3: MAB- Ambulatório**

# AMBULATÓRIO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

Inquérito referente a 4 semanas antes

| SEXO  |                                  | Data de nascimento: ____/____/____ |  | Idade: ____ anos |  | Iniciais: ____   |  | Nº BI / Passaporte: ____ |  | Respondeu ao inquérito:  |  | Pontuação |  | Classificação |  |
|---|----------------------------------|------------------------------------|--|------------------|--|------------------|--|--------------------------|--|--|--|-----------|--|---------------|--|
| IDADE   |                                  | feminino                           |  | masculino        |  | Idade: ____ anos |  | Iniciais: ____           |  | <input type="checkbox"/> o próprio<br><input type="checkbox"/> o prestador de cuidados |  |           |  |               |  |
| QUEIXAS MUSCULO-ESQUELÉTICAS *                      |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| P1  | Queixas Musculo-esqueléticas *   | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| P2  | Queixas Visão *                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| P3  | Queixas Audição *                | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| P4  | Queixas Pele *                   | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| P5  | Queixas Outros Órgãos/Sistemas * | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| QUEIXAS DE SAÚDE                                    |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²)              |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| CINT - Cintura - feminino (cm)                      |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| CINT - Cintura - masculino (cm)                     |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| ESTADO DE NUTRIÇÃO                                  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Nº de Quedas (último ano)                           |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Momento de Quedas                                   |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Motivo de Quedas                                    |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Sequelas de Quedas ocorridas                        |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| QUEDAS  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Andar em casa, dentro de edifícios                  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Andar na rua  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Andar em escadas                                    |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Locomoção e meios para visão e audição              |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| LOCOMOÇÃO   |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Lavar-se/tomar banho                                |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Vestir-se/despir-se                                 |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Usar a sanita e/ou bacio/urino                      |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Deitar-se/levantar-se da cama                       |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Sentar-se/levantar-se de cadeiras                   |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Controlar a urina                                   |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Controlar as fezes                                  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Alimentar-se/comer                                  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Autonomia Física e meios para visão e audição       |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| AUTONOMIA FÍSICA                                    |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Usar o telefone                                     |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Fazer compras                                       |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Preparar refeições                                  |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Tarefas de lida da casa                             |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Lavar/tratar da sua roupa                           |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Usar transportes (onde não pode ir a pé)            |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Tomar os seus medicamentos                          |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Gerir o seu dinheiro                                |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| Autonomia Instrumental e meios para visão e audição |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |
| AUTONOMIA INSTRUMENTAL                              |                                  | 0                                  |  | 1                |  | 65 a 79 anos     |  | 2                        |  | 50 a 64 anos   |  | 3         |  | 18 a 49 anos  |  |

## **Anexo 4: Consentimento Informado**

## Consentimento Informado

O meu nome é Bárbara Sofia Margarido da Cunha Nogueira de Oliveira e estou a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, com a orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Eugénia Duarte Silva.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Funcionalidade e Depressão, incluindo as diferenças de género.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a 3 questionários. Não existem respostas correctas ou incorrectas.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade e anonimato.

Ao responder a estes questionários, declara ter 65 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Caso tenha alguma questão a colocar sobre a investigação poderá contactar-me pelo telefone

914814155

Muito obrigada pela sua colaboração.

A investigadora

O participante

---

(Bárbara Oliveira)